



ATENCIÓN AL PACIENTE PEDIÁTRICO TEXTO Y PRÁCTICA **ENFERMERÍA**



Autores:

Romero Vargas Antonio

Touriz Bonifaz María Antonieta

Plua Marcillo William Eduardo

Rueda López Roberto John

Robles Urgilez María Dolores

Rodríguez Erazo Luis Enrique

Velastegui Mendoza María Aurora

Jarrin Maisincho Karina Jessenia

ENFERMERÍA ATENCIÓN AL PACIENTE PEDIÁTRICO TEXTO Y PRÁCTICA



www.mawil.us

Enfermería Atención al Paciente Pediátrico

Texto y Práctica

Primera Edición

Autores

Antonio Romero Vargas
antonio.romerov@ug.edu.ec

María Antonieta Touriz Bonifaz
maria.tourizb@ug.edu.ec

William Eduardo Plua Marcillo
william.pluam@ug.edu.ec

Roberto John Rueda López
roberto.ruedam@ug.edu.ec

María Dolores Robles Urgilez
maria.roblesu@ug.edu.ec

Luis Enrique Rodríguez Erazo
luis.rodrigueze@ug.edu.ec

María Aurora Velastegui Mendoza
maria.velasteguim@ug.edu.ec

Karina Jessenia Jarrin Maisincho
karina.jarrinm@ug.edu.ec

Docentes de la Universidad de Guayaquil



DATOS DE CATALOGACIÓN

AUTORES: Antonio Romero Vargas
María Antonieta Touriz Bonifaz
William Eduardo Plua Marcillo
Roberto John Rueda López
María Dolores Robles Urgilez
Luis Enrique Rodríguez Erazo
María Aurora Velastegui Mendoza
Karina Jessenia Jarrin Maisincho

Título: Enfermería Atención al Paciente Pediátrico: Texto y Práctica

Descriptor: Enfermería Integral; Atención al Paciente; Salud Pública.

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-787-16-3

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2018

Área: Educación Superior

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 122



Texto para Docentes y Estudiantes Universitarios

El proyecto didáctico *Enfermería Atención al Paciente Pediátrico: Texto y Práctica*, es una obra colectiva creada por sus autores y publicada por *MAWIL*; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de *MAWIL* de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

*Director General: PhD Student. Lenin Suasnabas Pachecho

*Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

*Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Aymara Galanton,

*Editor de Arte y Diseño: Camila Rodríguez Conde

**ENFERMERÍA ATENCIÓN
AL PACIENTE PEDIÁTRICO
TEXTO Y PRÁCTICA**

INDICE	9
PRÓLOGO	13
INTRODUCCIÓN	15
 CAPITULO I	 17
¿DE QUE SE TRATA LA ENFERMERÍA?	19
Perfil de un enfermero	21
Rol del profesional de enfermería	22
Especialidades en enfermería	24
Administración de medicamentos	25
Reglas de seguridad para la administración de	
medicamentos	26
Distribución etaria en pediatría	27
 CAPITULO II	 29
LA EXPERIENCIA DE CONVIVIR	
CON UN NIÑO	31
Enfermería Pediátrica	32
Principales trastornos atendidos por la enfer-	
mería pediátrica	34
Dificultades en el ejercicio de la enfermería	
pediátrica	35
Acciones de enfermería pediátrica	35
 CAPITULO III	 39
AFECCIONES MÁS COMUNES EN NI-	
ÑOS. VENTAJAS DE UNA ENFERMERA	
EN CASA	41
Neurológicas	42
Convulsión	42
Tipos de Marcha	43
Trastornos visuales	44
Trastornos del lenguaje	46
Equilibrio	50
Otorrinolaringología	52
Otitis	52
Rinitis Alérgica	53

Faringitis	54
Amigdalitis	55
Epistaxis	53
Neumología	55
CRUP	56
Neumonía	57
Bronquitis	58
Asma	58
Clasificación	59
Crisis de asma	59
Asma Nocturna	59
Asma Leve Intermitente	59
Asma Persistente	59
Cardiología	60
Soplo Inocente	60
Cianosis	61
Disnea	63
Nefrología	64
Síndrome Nefrótico	64
Síndrome Nefrítico	64
Acidez Tubular	65
Hipertensión Arterial	65
Gastroenterología	67
Parasitosis Intestinales	67
Reflujo Gastroesofágico	71
Diarrea	72
Estreñimiento	73
Cólico en el Lactante	74
Dermatología	75
Impétigos	75
Pitiriasis	75
Piojos	76
Hematología	77
Anemia	77
Leucemias	78
Púrpuras	79
Eruptivas de la Infancia	79

Varicela o Lechina	79
Sarampión	80
Rubéola	81
Traumatología	81
Fracturas	81
Luxación de codo (Codo de Niñera)	82
Esguinces	82
Quemaduras	83
Heridas	84
Escoriaciones	84
 CAPITULO IV	 85
CUIDADOS GENERALES BÁSICOS PARA UN NIÑO	85
Rutina de higiene Corporal	87
Manos y Pies	87
Uñas	87
Oídos	88
Boca	88
Nariz	90
Aparato sexual	90
Vacunación	93
Algunas recomendaciones Caseras	94
Sueros	96
Detenimientos de sangrados	97
Primeros Auxilios	100
Limpieza de heridas	103
Preparación de un botiquín	104
 CONCLUSION	 105
 BIBLIOGRAFÍA	 109

PRÓLOGO

El presente libro está dirigido al público en general, especialmente a estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Docentes de las diferentes Carreras y especialmente a los colegas y estudiantes de la Carrera de Enfermería, padres y todas aquellas personas relacionadas en el cuidado y la salud de los más pequeños de la casa, nuestros niños.

Desde mi perspectiva como Docente Universitario expongo aquellos conceptos médicos referentes a mi área profesional en el ámbito de la Salud y en especial en el cuidado de los niños y adolescentes para así contribuir en el mantenimiento de la salud y de sus actitudes positivas para el desenvolvimiento y desarrollo psicomotriz, físico e intelectual.

Ser Docente Universitario significa que tenemos en nuestros hombros la responsabilidad de formar profesionales capaces de enfrentar los desafíos de la carrera médica en general así como de enfermería y todo lo que incluye salud, así mismo nuestra responsabilidad para con nuestros estudiantes desde su formación profesional en tanto se refiere a: Formación académica, humanística y la responsabilidad para estar preparados en la resolución de problemas basados en el paradigma constructivista-formativa y holística.

Ahora en esta nueva etapa de la literatura espero compartir mis conocimientos y experiencias y brindar una guía práctica a todos los interesados en esta área de la salud y en especial a estudiantes de enfermería, colegas, padres y cuidadores de infantes, y dejar claro que uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación.

Los autores

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo literario es un compendio de temas relacionados con la Enfermería, desde su historia, hasta pasar por las diferentes especialidades de la enfermería, para ahondar en la enfermería pediátrica, lo que son las afecciones más comunes que pueden padecer los niños, las ventajas de tener una enfermera en casa y una última parte orientada más a padres y cuidadores de infantes donde se explica los cuidados básicos que todo niño debe tener.

Por lo general, en la enfermería se resalta la vinculación de la profesión con el género, quizá por la concepción maternal que se tiene de los cuidados de una enfermera, pero ese rol también demanda fortaleza, mental y física, que simplemente requiere de un equilibrio pleno del ser humano, más una mística para servir comparada con todo aquel que se desempeña por vocación.

Cuidar a un niño, para el profesional de enfermería y muchas veces para los padres, representa afrontar los desafíos únicos. Las enfermeras (os) deben ofrecer cuidados preventivos e intensivos a sus pacientes jóvenes, y al mismo tiempo calmar sus miedos (y los de sus padres). Ellas pueden trabajar en diversos centros, desde hospitales y consultorios de doctores hasta escuelas, e incluso en hogares, y suelen ser la primera línea de defensa de la atención médica para pacientes jóvenes.

En la primera infancia (antes de los 6 años) los niños habrán presentado por lo menos una de las enfermedades más comunes entre los menores, como infecciones respiratorias, diarrea, otitis y el síntoma más frecuente: la fiebre.

En el presente libro te presentamos algunas de las más comunes y las medidas para prevenirlas o tratarlas en casa antes de que se compliquen, así como la ventaja de tener una enfermera en casa.

Por último, presentamos una guía práctica de los cuidados básicos que requiere un niño, ahondando en los conocimientos científicos del área médica, pero desde la perspectiva de una madre, práctico para padres y cuidadores de infantes, donde se promueve la buena información médica que todo el que rodea cotidianamente con niños debe tener, para velar de manera responsable por la salud de los pequeños.

CAPITULO I

¿DE QUE SE TRATA LA ENFERMERÍA?



www.mawil.us

Ser madre no es tarea fácil, mucho menos cuando de profesión se es enfermera, en lo cotidiano contamos con jornadas de trabajo por turnos y debemos dividir nuestras labores entre los hijos, la familia y los pacientes.

En cualquiera de los casos el secreto está en establecer nuestras prioridades y dedicar siempre tiempo para la familia.

Ser madre es un don divino, pero también una escogencia, es algo muy superior a una profesión, sin embargo es necesario equilibrar el ejercicio de la profesión con la vida personal, la familia es la prioridad, ya que ellos necesitan tiempo de calidad y no cosas materiales, la felicidad está en compartir su tiempo con los seres queridos, pero esa experiencia enriquecedora de ser madre, esposa, hija, hermana... es una ventaja a la hora de atender a las personas a través de la enfermería ya que permite poner no sólo conocimientos y experiencia sino también el alma y el corazón en nuestras funciones.

Entre los aportes o legados de mi profesión de enfermera que puedo inculcar a mis hijos, están los principios y valores, el respeto por la vida humana, por la expresión de opiniones diferentes, el ver al otro o la otra como una persona quien es fruto de un entorno: comunitario, familiar etc. y de la capacidad de valorar lo que siente, piensa y dicen las demás personas.

Además de enseñarles a cuidar a los demás, pero sobre todo autocuidarse, con consejos prácticos tales como tratar de realizar ejercicio todos los días, comer sano, cultivar la salud mental, ser agentes de salud y no de enfermedad.

Esa misma filosofía la puede aplicar cualquier madre en su día a día, llevando a cabo los consejos e información médica que les aporte a través de este libro, para el cuidado de su familia, sin menosprecio del ejercicio de la profesión del enfermero y su prevalencia en los casos que ameriten dichos cuidados especiales.

Lo primordial para combinar mis labores de enfermería y mi familia es la buena administración del tiempo.

Es muy difícil trabajar en una profesión que no tiene horarios fijos, más cuando se tienen hijos pequeños, sin embargo, mi clave ha sido aprovechar al

máximo mi tiempo libre con ellos, sea cual sea el horario de trabajo que tenga, siempre me esmero por darles calidad al compartir.

Es importantes que mis hijos sepan el amor que siento por mi profesión y les he inculcado que un profesional de enfermería sirve a Dios en su trabajo, de este modo tanto mis hijos como yo siento orgullo del significado de ser enfermera.

A continuación, hagamos un recorrido por la historia de la enfermería a lo largo del tiempo: La enfermería surge en el siglo XIX en Europa bajo la influencia del mecanicismo que aún persiste en la actualidad y existen una gran cantidad de teóricas que prestaron más importancia a uno que otro fenómeno del metaparadigma de la enfermería (salud, entorno, cuidados y persona) por ejemplo Florence Nightingale (1860) prestó especial atención al entorno, Virginia Henderson (1922) a necesidades o cuidados, Martha Rogers (1970) a la persona y Dorothea Orem (1993) a los cuidados. Sin embargo, hay otros modelos y teorías que enuncian la necesidad de una atención integral en enfermería como Betty Neuman (1972) que expresó "...la enfermería es la única profesión en la cual se manejan todas las variables que afectan la respuesta del individuo al estrés". Patricia Iyer (1995) "La enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona y no sólo del proceso médico, por ende, se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno". Donalson y Crowley (1978) mencionan que: "La Enfermería estudia la integralidad de la salud de las personas, reconociendo que las mismas están en constante interacción con el entorno". Otro punto a favor es la tendencia organicista y de cambio de algunos modelos en cuanto a la relación entre los diferentes conceptos meta paradigmáticos de la enfermería como profesión holística¹⁻³.

La enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano, abarca los cuidados, autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud, en la gestión de los pacientes, los sistemas de salud, y la formación⁴.

Perfil de un Enfermero⁵

Perfil profesional del personal de enfermería licenciado:

Es un profesional que ha adquirido competencia científico técnica para cuidar y ayudar a las personas sanas o enfermas (niño, embarazada, adolescente, adulto y adulto mayor), familia y comunidad. Realiza funciones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas en instituciones y servicios de los tres niveles de atención de salud, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal. Cuenta con autoridad para tomar decisiones y profundos conocimientos profesionales en las áreas biológicas, psicosociales y del entorno; y habilidades teórico-prácticas en las técnicas específicas y de alta complejidad del ejercicio de la profesión, sustentado en la lógica del método científico profesional de enfermería en el marco del desarrollo científico y tecnológico de las ciencias.

Perfil profesional del personal de enfermería técnico:

Es un enfermero técnico superior que ha adquirido competencia científico técnica para cuidar y ayudar a las personas sanas o enfermas (niño, adolescente, embarazada, adulto, y adulto mayor), la familia y la comunidad en los tres niveles de atención. Realiza funciones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas mediante una firme actitud humanística, ética, de responsabilidad legal y con conocimientos en las áreas biológicas, psicosociales y del entorno. Está entrenado en las técnicas específicas del ejercicio de la profesión, sustentado en la lógica del método científico profesional de enfermería, acorde al desarrollo científico y tecnológico de las ciencias.

Como puede observarse la diferencia fundamental en estos perfiles está en la autonomía para la toma decisiones y la ejecución de técnicas de alta complejidad del personal licenciado⁶⁻⁷.

Rol del profesional de Enfermería

El papel de los valores grupales y personales en el entendimiento de la salud y la enfermedad es un tema central en la práctica del cuidado de la salud. Los valores definen la salud-enfermedad y establecen funciones sociales, como la de paciente o enfermera, y además interconectan estas funciones con las expectativas estructuradas, como los derechos y las obligaciones. ¿Cuál es la función del profesional en enfermería en el sistema actual de cuidado de la salud? ¿Y cuál debe ser el ámbito de la intervención en nuestra interacción con el paciente y su entorno? El Consejo Internacional de Enfermería, como la más antigua organización profesional internacional, ha clasificado las funciones fundamentales de la enfermería en cuatro áreas: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento⁸⁻⁹.

Las intervenciones de enfermería se pueden clasificar principalmente en cuatro categorías, que afrontan las demandas del paciente:

- 1) Cuidado
- 2) Competencia.
- 3) Servicios De Información Y Asistencia Jurídica.
- 4) Conexión.

El profesional en enfermería competente es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces.

La función de la enfermería, al igual que la de otras profesiones de la salud, debe incluir la información y educación del paciente sobre la salud, para que él pueda elegir entre las diversas opciones posibles, una vez considerados los distintos riesgos y beneficios de cada alternativa. Esta función de educación se está convirtiendo en prioritaria, ya que la tendencia del cuidado de la salud se centra en el paciente, como centro de la atención y como persona que toma la decisión del tratamiento y el tipo de cuidado que se va a realizar. Además, el profesional en enfermería debe ser la conexión o unión entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia. Esta función tiene por objetivo la integración de los esfuerzos y la prevención de la fragmentación de los servicios de salud asociada a la especialización. Es la enfermera quien crea relaciones, mediante el reconoci-

miento mutuo enfermera-paciente, conociendo sus percepciones y necesidades, y negociando el cuidado para alcanzar los objetivos propuestos en el plan de cuidados holísticos⁸⁻¹⁰.

La enfermería, desde su comienzo, ha reconocido la importancia de la intervención familiar en el cuidado del paciente para promover la salud. Esta necesidad de intervención debe expandirse a otros grupos, comunidades, organizaciones, colegios, etc. Para alcanzar el equilibrio entre la persona y el entorno, debemos reconocer la importancia de los sistemas de apoyo social y los aspectos holísticos del cuidado físico, social, económico, político, espiritual y cultural¹¹.

Para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados, la enfermera debe¹²:

- Conocer qué es lo mejor para el paciente.
- Responder a las necesidades del paciente.
- Ser técnicamente competente, científicamente conocedora, prácticamente responsable y emocionalmente capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud.
- Ser competente en habilidades de comunicación y tener la capacidad de explicar la fundamentación empírica y filosófica de sus acciones en relación con el cuidado del paciente.
- Ser capaz de controlar las situaciones del paciente, con actividades y con el manejo de sus propias emociones.
- Reconocer que en cualquier momento una persona puede necesitar ayuda de otra. La enfermera(o) puede requerir ayuda para el mantenimiento o desarrollo de habilidades, para el autoconocimiento o la comprensión de otros.
- Potenciar la dignidad y el valor de las personas.
- Enfatizar y apoyar la contribución del paciente y la familia al cuidado y a la adaptación.

Cuando la enfermería surge como profesión, en el siglo XIX, Florence Nightingale (1990) procuró no solo establecerla con unos fundamentos firmes sobre conocimientos científicos, sino también identificar e insistir sobre el comportamiento ético de la enfermería. Posteriormente, en 1980, la Asociación Americana de Enfermería define la función independiente de la profesión como el

diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales¹².

A medida que comenzamos el siglo XXI, surgen preguntas sobre la dirección hacia donde la profesión se mueve. La investigación de enfermería es necesaria para ser profesionales competentes dentro de la compleja realidad del sistema actual de cuidado de la salud. Esta complejidad deriva del Creemos que es importante definir la enfermería como una ciencia, en el sentido de adquisición de conocimientos mediante la observación y la experimentación, y la práctica basada en la evidencia científica. Asimismo, la enfermería es un arte y una filosofía, compatibles con la visión científica. En la actualidad, el modelo de cuidado es fundamentalmente biomédico, centrado en la enfermedad, y deja poco espacio para las dimensiones sociales, psicológicas, culturales y espirituales de la salud. La práctica y la teoría de la enfermería deben unificarse y ambas fundamentarse firmemente en la realidad, en la evidencia científica y en el desarrollo de la humanidad⁸.

Especialidades en Enfermería¹³⁻¹⁴:

- 1- Enfermería obstétrico-ginecológica
- 2- Enfermería de salud mental
- 3- Enfermería geriátrica
- 4- Enfermería del trabajo
- 5- Enfermería médico quirúrgico
- 6- Enfermería familiar y comunitaria
- 7- Enfermería pediátrica y neonatal
- 8- Enfermería en urología
- 9- Enfermería en cuidados intensivos.

Aun cuando se pueden adquirir tantas especialidades como disciplinas médicas vayan perfeccionándose el enfermero debe manejar correctamente la administración de medicamentos. Pareciera que esta responsabilidad recae sobre el médico, pero la realidad refleja que esto depende del personal de enfermería, tomando aquello en cuenta se desglosa detalladamente de que debe tratarse y las normas de seguridad a las que debe someterse el profesional en la materia.

Administración de medicamentos

La administración de los diferentes medicamentos son parte esencial de una enfermera porque son aplicados en los diferentes niveles de atención de salud, es por ello por lo que el conocimiento de la adecuada técnica para colocar una inyección es un requerimiento indispensable para la práctica de enfermería, debido a que se ha convertido en una herramienta invaluable en el tratamiento de diversas patologías, teniendo un valor principal en la atención del paciente¹⁵⁻¹⁶.

Como hemos referido antes, la ciencia de la enfermería es relativamente joven, depende también del ámbito social y las condiciones físicas en donde se desarrolla. Estos aspectos no son descartables a la hora de identificar la forma de administración de medicamentos, sea cual sea el fin de este, preventivos, diagnósticos o terapéuticos para mejorar, prevenir o mantener la salud. Con esto se quiere destacar que no es una mística sencilla tratar un paciente de edad mediana a un niño, a un anciano o a un neonato. El objetivo sería el mismo, administrar un tratamiento, pero va a depender de varios factores para alcanzarlo.

Pudiéramos identificarlos a continuación:

- Edad del paciente
- Condición física del paciente
- Gravedad de la enfermedad o lesión
- Ambiente o espacio físico en donde se realiza el tratamiento.
- Condición psicológica del paciente
- Condición psicológica del entorno familiar
- Disponibilidad de insumos para cubrir el tratamiento.
- Forma o vía de administración.

Para poder identificar lo anterior, si se han expuesto una serie de procedimientos de seguridad que en profesional de enfermería debe considerar.

Reglas de seguridad para la administración de medicamentos¹⁷⁻¹⁸

Las reglas de seguridad se deben llevar a cabo en cada administración de un medicamento, las cuales se conocen también como “Los Cinco Puntos Correctos”, y son los siguientes:

- **Medicación correcta:** Rectificación del medicamento mediante los siguientes pasos: La tarjeta del fármaco, la hoja de indicación médica, en el Kardex de fármacos (registro de medicamentos del paciente) y con la etiqueta del empaque del fármaco (presentación fármaco indicado).
- **Rectificar la fecha de caducidad:** Tener conocimiento de la acción del medicamento y efectos adversos. Así como el método de administración y la dosificación, considerando el índice terapéutico y toxicidad.
- **Rectificar nombre genérico** (composición química) y comercial del medicamento.
- **Dosis Correcta:** La enfermera (o) que va a administrar el medicamento debe verificar simultáneamente con otra que la acompañe el cálculo de la dosis exacta. Especialmente en medicamentos como: Digitálicos, heparina, insulina, etc.
- **Vía Correcta:** Verificar el método de administración (algunos medicamentos deberán aplicarse por vía IV o IM exclusivamente).
- **Hora correcta:** Tomar en cuenta la hora de la dosis inicial, única, de sostén, máxima o mínima.
- **Paciente correcto:** Verificar el nombre en el brazalete, Número de registro, Número de cama.

Al cumplir estas cinco reglas se supone que se garantiza un proceso perfecto culminado por el enfermero, por lo tanto, el objetivo del personal de salud está garantizado en función de un correcto diagnóstico del médico y un correcto manejo del tratamiento por parte de la enfermería.

Hay ocasiones en que la enfermera obtiene tal pericia que el médico deja a su cargo la evaluación del estudiante en la aplicación de estas pruebas, de este tipo de rutinas se obtiene el nivel de respeto, complemento, solidaridad y consideración entre cada ciencia.

Distribución etaria en pediatría: De acuerdo con Soto T, 2016¹⁹ la OMS establece que los pacientes pediátricos se clasifican por grupos de edad de la siguiente manera:

Neonato o Recién Nacido (RN)

0 a 28 días

Lactante / Niño de corta edad

1 mes a 2 años

Niño Pre-escolar

2 a 5 años

Niño Escolar

6 a 11 años

Adolescencia

De los 11-12 años a los 18 años

CAPITULO II

LA EXPERIENCIA DE CONVIVIR CON UN NIÑO



www.mawil.us

Ser enfermera y madre parece que son caras del mismo acto: cuidar con técnica y palabras; con conocimientos y experiencia; con firmeza y cercanía; con humildad, buen trato y dedicación; enseñándote a pensar e inculcándote buenos hábitos, ayudándote a sanar y a mantener tu bienestar integral.

No en vano, Blanco A, 1968²⁰ dice en su poema Los hijos infinitos:

“Cuando se tiene un hijo, se tiene al hijo de la casa y al de la calle entera, se tiene al que cabalga en el cuadril de la mendiga y al del coche que empuja la institutriz inglesa y al niño gringo que carga la criolla y al niño blanco que carga la negra y al niño indio que carga la india y al niño negro que carga la tierra...”.

Y vaya que no es menos cierto que cuando se tiene un hijo se tienen todos los hijos del mundo, expresión que se traduce en el sentimiento y compromiso de una madre trasladado a otro niño que no es tu hijo, pero al que verás como tal en el ejercicio de la profesión de la enfermería.

La experiencia como madre y la mística adquirida como profesional de enfermería me coloca en una dualidad entre el rol profesional y el rol personal. Aunque en el primer apartado queda claro hasta qué punto la enfermera se involucra sentimental y psicológicamente con el paciente y su entorno, la perspectiva cambia cuando la empatía es personal.

Es completamente humano reservar lo mejor de sí mismo para uso personal, hasta pudiéramos justificarlo desde una creencia teocrática por aquel dicho cristiano que “Dios dijo ayúdame, que yo te ayudaré”. Y ¿Cómo me ayudo a mí misma a ser la madre perfecta practicando los conocimientos profesionales con mi propio entorno familiar? Todo radica en la cotidianidad, desde la alimentación, las prácticas de higiene, la dedicación de atención, la rutina.

Con la llegada de un nuevo ser al núcleo familiar, desde el mismo puerperio los esfuerzos se direccionan de dos maneras, el primero es sanar, la madre debe recuperar su propia fuerza y el segundo es brindarle esa misma fuerza al nuevo ser.

Entonces, iniciamos reforzando, en mi caso, los conocimientos en pediatría, para los que me leen pudiera tratarse de una guía para el control de las principa-

les tareas médicas en las que se puede aportar en casa con un niño, sin que esto se convierta en una justificación irresponsable de excluir el rol del médico y del enfermero en el caso que lo amerite.

Enfermería Pediátrica

La enfermera pediátrica es la que se encarga de cuidar y controlar las diferentes facetas del crecimiento de un niño desde el momento en que nace hasta que llega a la pubertad. No debe confundirse con la práctica médica pediátrica. Las unidades de pediatría cuentan con subespecialidades al igual que la medicina para adultos, por lo que este personal puede tener subespecialidades como gastroenterología, oncología, cirugía, neurología, hematología y neonatología, entre otras²¹⁻²².

En ese sentido, los cuidados para el niño remite a precisamente a preservar la salud en las mismas subespecialidades. Para ello, la observación es primordial, cada etapa hay acciones y reacciones normales o propias de la edad. Desde el recién nacido hay un nivel de movilidad y respuesta que remiten la salud neurológica del neonato, si esto no se cumple entonces debe activarse una alerta inmediata, algo no anda bien²³.

Existen unas escalas que permiten conocer el estado de desarrollo de madurez del sistema neurológico del paciente, normalmente estas son evaluadas en sala de parto por el pediatra, el estudiante de medicina e incluso por el personal de enfermería. Se trata de las Pruebas de APGAR y CAPURRO, Reflejo de Búsqueda y succión, Reflejo de Prevención, Reflejo de Moro y Marcha Automática.

Son pruebas sencillas, fácilmente ejecutables por la enfermera e incluso por la madre, considerando que cada una va a tener el cuidado y prevención que amerita el trato con delicadeza y temple en haras de garantizar un conocimiento certero del nivel de desarrollo neurológico del neonato.

La Prueba de APGAR²⁴⁻²⁵ se realiza solo en la sala de parto, sirve para medir el grado de bienestar inmediato del bebé después del alumbramiento y se le da ese nombre por los cinco parámetros a observar, Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración a través de:

1. Color de piel,
2. Frecuencia cardíaca
3. Tono muscular
4. Reflejos
5. Esfuerzo respiratorio.

Debe aplicarse desde los 0 a los 20 minutos después del nacimiento en intervalos de 5 minutos cada uno, entonces, máximo pueden ser 4 pruebas. A cada parámetro se le asigna un valor de cero (0) a dos (2) puntos, sumando en cada prueba un máximo de diez (10) puntos. Una suma ideal está entre siete (7) y diez (10) puntos, lo que significaría un bienestar óptimo en la salud del neonato.

El método de Capurro²⁶⁻²⁷ sirve para determinar la edad gestacional en los recién nacidos, por medio del examen físico. Este método se basa en la clasificación de Ballard²⁸, pero fue modificada por Capurro. Se evalúan cinco características:

- Forma de pabellón de la oreja
- Tamaño glándula mamaria
- Formación del pezón
- Textura de la piel
- Pliegues plantares

De acuerdo al examen físico y las características encontradas se procede a calificar, al final se suman los resultados y a este se le suman 204 y se divide para 7, siendo 204 una constante y 7 los días. También existe una escala para evitar hacer el cálculo, está presentado a continuación.

Este método permite realizar la determinación de la edad sin tener que hacer un proceso matemático. La suma de los cinco parámetros se busca en el eje horizontal y su eje vertical determina las semanas.

Según Vélez G, 2014²⁹ un método rápido para establecer la edad gestacional se puede realizar mediante la siguiente fórmula, realizada por el Dr. Santiago Currea y col.:

Talla - 10 = Edad gestacional

Clasificación del recién nacido: Se ha clasificado al recién nacido por su edad gestacional en los siguientes parámetros:

1. Prematuro extremo: < de 32 semanas
2. Prematuro moderado: 32-34 semanas
3. Prematuro leve: 35-36 semanas
4. A término: 37-41 semanas
5. Postmaduro: > 42 semanas

La rutina de un neonato se remite a dormir la mayor parte del tiempo, el llanto es su principal medio de comunicación. Los llantos demandan alimentación, protección e higiene. Cuando se alimenta el bebé con leche materna exclusivamente la saciedad se mide en menor cantidad de tiempo, el pecho no solo se vuelve fuente de aliento, sino es la principal herramienta de protección, sin embargo, cuando el bebé rechaza este medio es un punto de atención, se puede evaluar varias razones.

Principales trastornos atendidos por la Enfermería Pediátrica

Los problemas de salud que afectan a los niños dependen de su edad, sin embargo, son en un gran porcentaje de los casos enfermedades de tipo infeccioso, lo que es debido a que su sistema de defensas se halla en proceso de maduración. Otras patologías atendidas por la enfermería pediátrica son las enfermedades respiratorias, bacterianas, los tumores, los traumatismos y las complicaciones producto de enfermedades genéticas o malformaciones congénitas³⁰.

El personal de enfermería que labora en servicios de pediatría se encuentra entrenado para afrontar los síntomas que presentan estos pacientes principalmente la fiebre, vómitos, deshidratación y malnutrición. Los recién nacidos, que abarcan a los bebés desde el momento de su nacimiento hasta los 28 primeros días de la vida, son un grupo especial de pacientes, ellos son evaluados por un tipo de personal especializado en neonatología, una subespecialidad de la pediatría³¹.

El personal de enfermería suele enfrentarse a una condición muy particular y es que el paciente no es responsable de sus actos y decisiones sino su representante, que en la mayoría de los casos suele ser la madre o el padre. En ocasiones

los padres constituyen un verdadero reto a la hora de recuperar y mantener la salud del niño³².

Esto ocurre especialmente cuando adoptan estilos de vida poco saludables o basados en regímenes muy estrictos, como es la tendencia a ser vegano, así como la realización de actividades deportivas extrema o extenuantes para el infante.

Otra condición relativamente frecuente es que lamentablemente los niños suelen terminar en el medio de peleas y disputas familiares que afectan directamente su salud, tanto física como mental³³.

Dificultades en el ejercicio de la Enfermería Pediátrica

Muchas veces trabajar con niños representa algunas dificultades para realizar procedimientos, en especial cuando estos ameritan la colaboración del paciente o bien puedan ocasionar molestias o dolor³⁴.

Realizar toma de muestras, venoclisis, aplicaciones intramusculares o incluso hacer una revisión de oídos, son actos en esencia muy simples que pueden ameritar grandes esfuerzos cuando no se cuenta con la colaboración del paciente, lo que es común en pacientes pediátricos³⁵.

Las dificultades suelen ser mayores cuando los niños han sido atemorizados al ser amenazados con inyecciones o vacunas por sus padres o cuidadores como mecanismos para controlarlos, lo cual no es nada recomendable ya que genera serios problemas a la hora de prestar atención médica a los pequeños de la casa, ocasionándoles un sufrimiento innecesario.

Acciones de Enfermería Pediátrica³⁵⁻³⁷

Los enfermeros pediátricos establecen un plan de atención y ponen en práctica los cuidados de enfermería en sus pacientes.

La función de los enfermeros pediátricos es diferente que la de los enfermeros de adultos en distintos aspectos. Por ejemplo, dado que los niños todavía están creciendo, los enfermeros tienen que tener en cuenta el impacto de su

enfermedad o lesión en su desarrollo.

Además, un niño puede ser menos capaz de explicar cuáles son sus síntomas, por lo que los enfermeros pediátricos tienen que recoger más información a partir de señales no verbales.

El trabajo de los enfermeros pediátricos puede ser muy variado, desde el cuidado intensivo de un bebé recién nacido hasta el cuidado de un joven de 16 años con una pierna rota, por ejemplo.

Los enfermeros pediátricos no solo deben tratar el estado físico del niño, sino también reducir la ansiedad y la confusión que puedan sentir cuando están enfermos o deben adaptarse a un entorno inusual para ellos.

Los enfermeros pediátricos trabajan en muchos lugares diferentes, incluyendo salas pediátricas de los hospitales generales, hospitales especializados, centros de día y clínicas pediátricas de salud. Algunos enfermeros pediátricos también visitan a los niños en sus propios hogares para tratarles.

Independientemente de dónde trabajen, los enfermeros pediátricos forman parte de un equipo multidisciplinario, que puede incluir otros enfermeros, auxiliares sanitarios, médicos, fisioterapeutas y muchos otros. Los enfermeros también pueden estar en contacto con trabajadores sociales y psicólogos educativos.

Los enfermeros pediátricos evalúan las necesidades del niño y la familia y, junto con el personal médico, elaboran un plan de atención que determina las necesidades del niño y el programa de tratamiento.

Después de trabajar con el equipo sanitario para crear un plan de cuidados, los enfermeros usan sus habilidades clínicas y de observación, y desarrollan una relación estrecha y de confianza con el niño, que les permite evaluar la eficacia del plan de atención.

Las tareas de aplicación práctica de enfermería son:

- Chequeo de la temperatura del niño.
- Asistencia al médico para examinar a los pacientes.
- Administración de medicamentos e inyecciones.
- Cura de las heridas y cambio de vendajes.

Las tareas de rutina de cuidado, como hacer la cama y ayudar al paciente a comer, lavarse y vestirse, a menudo son responsabilidad de los auxiliares de salud, en lugar de los enfermeros.

Muchas áreas de la enfermería se basan en equipos complejos. Por ejemplo, un enfermero pediátrico podría dedicarse a controlar equipo de soporte vital en una unidad de cuidados intensivos.

Los enfermeros pediátricos deben involucrar a la familia del niño en el cuidado y mantenerles informados sobre la evolución de su hijo. También trabajan en estrecha colaboración con los cuidadores del niño, es decir, en la formación de los padres o cuidadores para que aprendan a aplicar el tratamiento ellos mismos, y para que puedan continuar con el tratamiento cuando el niño vuelve a casa.

CAPITULO III
AFECCIONES MÁS COMUNES EN
NIÑOS: VENTAJAS DE UNA
ENFERMERA EN CASA



www.mawil.us

Desarrollo³⁸⁻⁴⁰

La enfermería pediátrica se centra en las necesidades y cuidados que requieren los niños durante la infancia y adolescencia, en todos los niveles de atención, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la asistencia al recién nacido, niño o adolescente. Desde el nacimiento del bebé, la enfermera pediátrica es un valioso apoyo para la madre y para la valoración y cuidado en las distintas etapas del desarrollo del niño, tanto si está fuerte y sano como si necesita atenciones especiales. Y tan importante como su faceta profesional, es que la enfermera pediátrica es una persona accesible y cercana para hacer a los padres mucho más fácil el asumir su nuevo papel. La enfermera pediátrica no solo se asegura del bienestar del bebé, sino también de la buena salud emocional de la familia, ya que la llega de un nuevo miembro puede traer consigo muchos cambios y, sobre todo, muchas emociones.

Se debe recurrir a una enfermera pediátrica en el caso de los padres primerizos, son miles las dudas que pueden surgir, y en cualquier momento del día, sobre el cuidado del bebé. Contar con la ayuda y asesoramiento de una enfermera pediátrica puede resultar muy útil, sobre todo cuando necesitamos contar con más información sobre los cuidados del recién nacido, en aspectos fundamentales como la nutrición (lactancia), los cuidados del cordón, los periodos de sueño del bebé, el baño del recién nacido, las medidas de higiene, los cambios del pañal... entre otros muchos aspectos.

La enfermera pediátrica, profesional especializada en todo lo relacionado con el cuidado de los niños desde sus primeros días de vida, puede ayudarnos en múltiples aspectos relacionados con el recién nacido, desde su alimentación (lactancia materna o artificial) hasta la mejor forma de bañar al bebé y cuidar su piel. En definitiva, cualquier tipo de duda (desde las vacunas o el inicio de las primeras papillas) puede ser resuelta fácilmente por una enfermera pediátrica, la cual también puede prestar ayuda en los cuidados postparto de la madre (curas, vigilancia de la episiotomía...).

Más allá del caso del recién nacido y el desarrollo del niño sano, existen casos en que motivado a afecciones o enfermedades del niño requieren la atención especializada de un profesional de la enfermería.

Los niños suelen enfermarse con frecuencia, lo cual se debe, fundamentalmente, a que su sistema inmunitario está en formación. La exposición a los gérmenes, virus y bacterias ayudan a desarrollar los anticuerpos, que en un futuro les mantendrán sanos. Pero mientras crecen, las enfermedades son pan cotidiano, sobre todo las de origen infeccioso.

A continuación, alguna de las enfermedades que los niños podrían sufrir:

Neurológicas⁴¹

Convulsión

Las convulsiones son la urgencia neurológica más frecuente en pediatría. Consiste en la contracción brusca e involuntaria de un grupo muscular. Una crisis convulsiva es una descarga sincrónica excesiva de un grupo neuronal que dependiendo de su localización se manifiesta con síntomas motores, sensitivos, autonómicos o de carácter psíquico, con o sin pérdida de conciencia⁴².

Por extensión aplica esta denominación a cualquier crisis cerebral, aunque sus manifestaciones no sean motoras sino sensitivo-sensoriales o incluso, autonómicas o psíquicas⁴³.

Estas pueden ser tónicas, en la cual se aprecia una contracción generalizada de todos los músculos del cuerpo, generando que el cuerpo se arquee hacia atrás, en forma de C invertida, movimiento conocido como opistótono.

Otra forma de presentación es la clónica, en la cual se aprecian movimientos generalizados, de forma repetitiva, como un temblor muy fuerte en todo el cuerpo.

Existe un tipo de convulsión que incluye a las dos anteriores, conocidas como crisis tónico-clónicas, en las cuales se aprecia en primer momento los movimientos repetitivos (clónicos) y por último la contractura generalizada con opistótono.

La forma de presentación más frecuente en la infancia, es la crisis de ausencia, en la cual, no se aprecia ningún movimiento, sino una breve pérdida del

estado de conciencia. Esta crisis puede sólo ser apreciada como la pérdida del tono de la cabeza inclinándola hacia adelante.

También puede presentarse como convulsión febril, que no es más que crisis convulsivas asociadas a fiebre que ocurren entre los 6 meses y 5 años de edad (con mayor frecuencia entre 18-24 meses), en ausencia de infección intracraneal o alteración metabólica y sin antecedentes de crisis afebriles (sin fiebre).

Se clasifican en relación al pronóstico, en crisis febriles simples (generalizadas, duración menor a 15 minutos) y complejas (focales, duración mayor a 15 minutos, recurrentes en el mismo episodio, recuperación lenta del sensorio, focalización neurológica residual). Las crisis complejas tienen mayor riesgo de complicación.

Todos los tipos de convulsión pueden ir acompañas de relajación de uno o ambos esfínteres originando que la persona se orine o se defeque encima, abundante salivación (que se aprecia como una espuma saliendo de la boca) e incluso vómitos.

Toda primoconvulsión debe inmediatamente ser llevada de inmediato a un centro asistencial para determinar el origen de la misma, y el manejo por parte del personal especializado que administre y prescriba el tratamiento definitivo.

Por lo cual se recomienda, que al momento de estar presente frente a una crisis convulsiva, fuera de un ambiente hospitalario o de salud, se debe colocar al paciente de medio lado, de manera de permitir la salida de las secreciones de la boca, proteger la lengua (preferiblemente con un lápiz de madera), ya que la contracción de los músculos maseteros (músculos de la masticación) puede generar lesiones graves en la misma por su gran fuerza de contracción.

Tipos de Marcha⁴⁴

La marcha se produce como resultado de la acción coordinada de diversos sistemas musculares. El hombre, por su condición bípeda, utiliza principalmente los de la cintura pélvica y miembros inferiores, aunque, en menor medida, la cintura escapular, tronco y los superiores también contribuyen a la perfección del movimiento⁴⁵.

En la marcha normal siempre hay un pie apoyado en el suelo (estático) y el otro avanzando, en el aire (dinámico). Cuando un pie apoya, el otro despega, de forma que cuando uno es estático el otro es dinámico y viceversa.

La marcha puede alterarse como consecuencia de disminución de la fuerza muscular, alteración de la coordinación entre músculos agonistas y antagonistas, causas funcionales y la combinación entre ellas.

Cuando hablamos de disminución de la fuerza muscular, se aprecia en afecciones del sistema nervioso central o del sistema nervioso periférico. Si se refiere a lesiones del sistema nervioso central es por alteración del funcionamiento a nivel del cerebro, cerebelo, núcleos de la base o vías largas medulares descendentes. Dentro de sus tipos está:

Marcha hemipléjica⁴⁶⁻⁴⁸

La extremidad inferior avanza con el muslo en abducción (hacia afuera del eje central del cuerpo) realizando un movimiento en guadaña con el pie en actitud equinovara (en punta de pie hacia afuera). El brazo pierde su balanceo normal, manteniéndose en semiflexión y pronación (con la palma hacia abajo) delante del tronco.

Marcha paraparésica⁴⁹

La espasticidad y el equinismo de los miembros inferiores obligan a arrastrar los pies y a balancear la pelvis como mecanismo compensador y para facilitar el despegue. Si existe hipertonía (músculos contraídos) de los músculos aductores los muslos se aprietan y las piernas se entrecruzan dificultando la marcha (marcha en tijera).

Cuando se refiere a lesiones del sistema nervioso periférico involucra a la afectación del musculo, del nervio periférico, del asta anterior medular o de las vías largas medulares ascendentes, dando como consecuencia los siguientes tipos de marcha.

Marcha balanceante⁵⁰⁻⁵¹

Aparece cuando existe paresia de los músculos de la cintura pélvica. Al fallar la sujeción de la pelvis, que cae del lado del miembro dinámico, se produce un balanceo latero-lateral característico por la inclinación compensadora del tronco al lado contrario. Esta marcha con amplio balanceo de caderas recuerda la de los patos y se conoce por tanto con el nombre de marcha de pato.

Marcha en steppage⁵²

Cuando son los músculos distales los afectados, la pierna se flexiona y eleva para evitar que la punta del pie arrastre y tropiece en el suelo. Y el apoyo no se realiza con el talón sino con la punta o la planta del pie. Se produce por lesión del nervio periférico que causa una dificultad o imposibilidad para la extensión del pie. En el lanzamiento del miembro, al fallar la extensión del pie, se produce una hiperflexión del muslo sobre la pelvis.

Marcha atáxica⁵³

Aparece como consecuencia de la lesión de los cordones posteriores. Se necesita la información visual para caminar al faltar la propioceptiva (el equilibrio normal del cuerpo), y se pone de manifiesto con la oscuridad o al cerrar los ojos. El enfermo aumenta la base de sustentación (abre las piernas en forma de “A” para apoyarse al estar de pie) y mira continuamente sus pies. La hipotonía condiciona una hiperextensión de la rodilla al adelantar la extremidad por lo que se produce el típico taconeo (marcha tabética).

Marcha cerebelosa⁵³

Aumento de la base de sustentación (piernas abiertas en forma de “A”). Incoordinación muscular en el automatismo de la posición erecta. Hipermetría de los miembros inferiores en la realización de los movimientos, avanzando el pie con precaución y después de varias tentativas. Si predomina la lesión de vermis, la incoordinación de los músculos de la raíz de los miembros y del tronco produce desequilibrio, avanzando con oscilaciones, pero con raras caídas. Es muy parecida a la marcha de una persona en estado de ebriedad.

Marcha vestibular⁵⁵

Desviación lateral en el sentido de una pulsión vectorial hacia el lado del vestíbulo anulado (marcha en estrella). La lesión bilateral puede hacer imposible la marcha.

Los trastornos en la marcha en el niño pueden observarse en cualquiera de sus grupos etarios, por lo cual es muy importante, realizar una observación cuidadosa del tipo de marcha que mantiene el niño, sobre todo al inicio de esta actividad en su vida como lactante mayor. La observación en su evolución puede permitir evidenciar lesiones neurológicas que nunca fueron observadas durante los primeros meses de vida, ocasionadas generalmente por traumatismos o lesiones durante la gestación y/o el parto.

Es bien sabido, que al realizar la marcha por primera vez, el lactante mostrará rasgos muy parecidos a todas las lesiones descritas anteriormente, ya que su sistema nervioso está inmaduro y a cada momento se encuentra aprendiendo sobre el arte de caminar correctamente, sin embargo, es importante, evaluar la evolución donde debe apreciarse la mejoría de su equilibrio y lograr el control de su marcha con la el paso de los días y meses.

Trastornos visuales⁵⁴

Los trastornos oculares más frecuentes en los niños son las infecciones externas de las conjuntivas y de los párpados (conjuntivitis bacteriana, orzuelos, blefaritis), estrabismos, cuerpos extraños oculares, reacción alérgica de la conjuntiva y de los párpados, vicios de refracción (en especial miopía) y trastornos oculares congénitos. En el presente texto sólo se hará mención de las etiologías más frecuentes y que permiten la intervención de la madre o la enfermera en su tratamiento. Cualquier afectación mayor, con características fuera de lo común apreciadas en el niño, debe ser evaluada por un especialista en oftalmología para su control y tratamiento.

Conjuntivitis del recién nacido⁵⁵⁻⁵⁶

Se refiere a la inflamación de la conjuntiva (parte blanca del ojo), producto de la presencia de microorganismos en la vagina de la madre durante el parto.

En algunas ocasiones se presentan también por gérmenes más agresivos durante la manipulación del recién nacido en sala de parto.

Clínicamente se observa como una secreción amarillo verdosa sobre el conducto lacrimal, hinchazón de los párpados y coloración rojiza de la conjuntiva. Este proceso puede ser evitado mediante la colocación de gotas oftálmicas con antibiótico inmediatamente ha salido el bebé del vientre materno.

Esta administración de las gotas debe ser realizada por el personal de enfermería, dentro de los cuidados propios del recién nacido. De todas formas, como madres, es importante siempre preguntar si las mismas fueron administradas al momento de ver al bebé por primera vez.

En algunos lugares del mundo en lugar de utilizar gotas con antibiótico, prefieren el uso de gotas de nitrato de plata para prevenir la conjuntivitis bacteriana, sin embargo, se ha descrito la presencia de conjuntivitis química con el uso de éste producto, que se manifiesta sólo con el enrojecimiento de la conjuntiva y discreta hinchazón de los párpados, que desaparece de forma espontánea a las 24 o 48 horas.

Es importante realizar un debido control prenatal, para evitar o disminuir la posibilidad de presencia de infecciones vaginales que puedan afectar al recién nacido durante el parto. Dentro de las afecciones que podemos encontrar es la conjuntivitis gonocócica, por madres infectadas con gonorrea. Con una simple profilaxis de la madre con el tratamiento adecuado, se puede prevenir ésta desagradable complicación para el neonato.

Orzuelo⁵⁶⁻⁵⁷

Se caracteriza por la presencia de una protuberancia roja, caliente y dolorosa en el borde del párpado, está relacionado con la obstrucción del conducto deficiente de la glándula lacrimal. Generalmente es de carácter infeccioso inflamatorio, puede ser tratado con calor local que ayuda a la dilatación del conducto lacrimal, y en caso de ser infecciosa con el uso de ungüentos de contenido antibiótico, que suprimen la infección en pocos días.

Cuerpos Extraños⁵⁶

Se refiere a la entrada de cualquier material externo al ojo sobre la superficie de la conjuntiva, córnea o mucosa interna del párpado. En este caso debe evitarse el frotado del ojo para extraer el mismo, por la posibilidad de lesión irreversible sobre la córnea.

Una de las técnicas útiles para lograr la extracción del cuerpo extraño, es realizar el lavado del ojo con abundante agua, preferiblemente introduciendo la cara en un recipiente con agua a temperatura ambiente, y con los ojos abiertos, realizar movimientos circulares del ojo para ayudar a la partícula a despegarse del ojo.

De persistir la molestia y no lograr la extracción del cuerpo extraño, debe ser llevado por emergencia para la debida limpieza del mismo.

Aberraciones Oculares⁵⁶

En el infante es muy importante evaluar las condiciones visuales descritas como aberraciones oculares, más comúnmente conocidas como miopía, hipermetropía o astigmatismo.

La miopía se refiere a la característica anatómica de poseer un ojo muy largo, por lo tanto la imagen cae por delante de la retina (principal órgano de la visión), cuando se acerca el objeto al ojo la imagen cae en la retina permitiendo su observación; Cuanto más se deba acercar el objeto mayor longitud tendrá el ojo.

Es importante evaluar si el niño al ver televisión o al escribir se acerca mucho al objeto, esto pudiera ser un signo directo de ameritar lentes correctivos. También es apreciado en niños mal diagnosticados con “déficit de atención”, que al momento de ser evaluados sólo presentan miopía y al no lograr ver la pizarra se distraen durante las clases.

La hipermetropía se refiere al defecto anatómico opuesto, el ojo es muy corto, por lo tanto la imagen cae por detrás de la retina, al alejar la imagen del ojo, ésta cae en la retina permitiendo su observación.

Es detectable en los niños, cuando no pueden apreciar detalles a corta distancia, o en elementos cotidianos muy pequeños como es el caso de las hormigas, saltamontes, zancudos, entre muchas otras cosas.

El astigmatismo se refiere a un defecto en la córnea, que altera la entrada de la luz ocasionando su refracción, igual al efecto de alteración de imagen de un espejo mal esmerilado cuando deforma la imagen.

Es detectable cuando el niño se queja de la luz, por dolor en los ojos, o por la gesticulación de entrecerrar los ojos para limitar la entrada de luz en búsqueda de una mejor visión.

En la mayoría de las aberraciones oculares descritas anteriormente el ajuste de lentes correctivos será suficiente para superar los estragos que ocasiona la dificultad visual. Por lo cual siempre es necesario acudir a un especialista en oftalmología para ubicar la fórmula correcta en cada caso, ya que las mismas se pueden presentar de forma cabalgada.

Trastornos del lenguaje⁵⁸⁻⁵⁹

Los trastornos del lenguaje, generalmente son referidos por los padres al darse cuenta que el niño no habla o habla muy poco. Si el niño ya asiste a guardería o a pre-escolar es mucho más fácil lograr diagnosticar este defecto, ya que la observación del educador o psicopedagogo pueden ser muy valiosos al ver la interacción del niño con el mundo.

El problema se presenta cuando se lleva al niño a la consulta médica, ya que por timidez es más difícil aún hacer hablar al niño durante la consulta. Se debe tener paciencia y creatividad para utilizar cuentos o muñecos con la intención de obtener el nivel de lenguaje del niño.

En la actualidad, con la ayuda de la tecnología es muy fácil poder grabar al niño en su propio ambiente, mediante el uso de celulares o cualquier dispositivo de grabación, de manera de llevar un récord casero de los trastornos observados durante la ejecución del lenguaje en casa. Esta información se puede llevar al especialista en lenguaje y de esta forma hacer más rápido y oportuno el diagnóstico.

Según la escala de desarrollo normal del lenguaje, llamada Llevant, se establece que un niño promedio debe haber iniciado la expresión de palabras aisladas con sentido propositivo antes de los 16 meses; y ya a los dos años debe construir frases de al menos dos palabras.

La evaluación del lenguaje se puede realizar mediante una encuesta a cualquiera de los miembros que convive continuamente con el niño. Pero debe ser complementada con un test de inteligencia, ya que el trastorno del lenguaje puede ser secundario a deterioro del área cognitiva, donde el defecto puede condicionar un tratamiento más amplio y complejo.

Equilibrio^{54,21,60}

La regulación del equilibrio requiere de la integración de múltiples sistemas de procesamiento a nivel del tronco encefálico y por encima de él, y la producción y modulación de diferentes reflejos que ayudan a mantener la posición de pie ante movimientos de aceleración vertical, horizontal o angular.

La etiología de las enfermedades que involucran alteraciones del equilibrio difieren dependiendo del grupo etario del niño, en niños menores de 5 años se aprecia con mayor frecuencia el vértigo benigno de la infancia, mientras que en niños mayores la principal causa está asociada a la migraña.

Para poder definir el vértigo, hay que tener en cuenta una serie de términos diferenciales.

- **Desequilibrio:** no es más que la sensación de caída sin dirección precisa, inestabilidad o falta de equilibrio.
- **Presíncope:** sensación de pérdida del conocimiento con o sin debilidad de piernas, frialdad, palidez, visión borrosa, relajación o no de esfínteres e hipotensión ortostática.
- **Cinetosis:** sensación nauseosa con vómitos, palidez o sudoración relacionada con movimientos pasivos, habitualmente en medios de transporte.
- **Vértigo:** ilusión de movimiento del propio cuerpo o el ambiente circun-

dante, que genera inestabilidad postural real o aparente.

Según su inicio puede ser:

- **Agudo:** cuando es de inicio abrupto y su evolución es en menos de 12 horas.
- **Agudo Sostenido:** persiste más allá de las 12 horas.

Se divide según la localización de la lesión en:

- **Central:** cuando la lesión se localiza a nivel del sistema nervioso central.
- **Periférico:** si la lesión es laberíntica (en el laberinto del oído) o en el trayecto del VIII par craneal.

Al momento de que un niño presente síntomas asociados a la pérdida del equilibrio, lo primero que hay que evidenciar es si el mismo se encuentra en relación a otros síntomas como por ejemplo al dolor de cabeza (posiblemente migraña), a cambios de postura (de acostado a de pie) en el cual puede estar asociado a problemas en el oído; incluso un tapón de cera en un oído, puede ser el causante de un vértigo.

Otras causas que obedecen a patologías de origen no neurológico, es por ejemplo cuando el niño se incorpora muy rápido de cuclillas a bipedestación y presenta un mareo momentáneo, en algunas oportunidades puede estar asociado a estados de anemia. También en el caso que haya pérdida del conocimiento precedido de mareos no se puede pasar por alto la evaluación por un especialista para descartar arritmias o síndrome vasovagal.

Siempre un episodio de mareos, debe ser evaluado para conseguir su causa e iniciar tratamiento de ser necesario. En oportunidades sólo con cambios en la nutrición, limpieza de oídos por parte de un especialista, ingesta de mayor cantidad de líquidos, aumento de ingesta de hierro, entre muchas otras prácticas pueden ser determinantes para poner fin a esta patología.

Otorrinolaringología⁶¹⁻⁶²

Otitis

Es la afectación del órgano de la audición. Dependiendo de la localización se describen varios tipos.

Otitis Externa

Es la infección del oído externo, que no es más que la porción del oído que se localiza entre la membrana timpánica y el pabellón auricular. Puede aparecer como localizada en forma de forúnculo, o de tipo difusa cuando afecta a todo el conducto.

En los niños, entre los factores predisponentes destacan la introducción de agua en el conducto auditivo. En algunos casos se aprecia posterior a la limpieza, debido a que se remueve el epitelio que recubre al oído permitiendo la colonización por parte de bacterias que generalmente se encuentran en los objetos introducidos para hacer la “limpieza”.

Se debe evitar realizar la limpieza de los oídos, salvo bajo la luz de un especialista que remueva con material esterilizado y de la manera adecuada los restos de cera que impidan el paso del sonido. Y en caso de perder la audición de un oído por un tapón de cerumen, existe una práctica sencilla y de bajo riesgo. Se trata de con la cabeza inclinada hacia un lado administrar dentro del conducto auditivo unas cuantas gotas de aceite de bebé, dejarlas en el conducto por 5 minutos y luego inclinar la cabeza hacia el otro lado para permitir la salida del aceite. Repetir en ambos oídos dos veces al día y al cabo de pocos días la cera se ira removiendo de forma espontánea saliendo sola con la ayuda del aceite introducido.

Otitis Media

La otitis media es una infección bacteriana o viral localizada en el oído medio, que generalmente es secundaria a una infección de la vía respiratoria alta. Se puede presentar a cualquier edad, sin embargo, afecta, sobre todo, a los niños predominantemente entre los tres meses y tres años. Su fisiopatología tiene que

ver con la migración de los microorganismos desde la garganta al oído a través de la trompa de Eustaquio.

Los principales agentes patógenos involucrados son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y el *Streptococcus pyogenes*.

Dentro de los síntomas se observa dolor de oído, fiebre, mareos, disminución de la audición, dolor de cabeza y en los casos en los que se produce ruptura de la membrana timpánica se puede apreciar la salida de un líquido hemato-purulento (pus con sangre), generalmente mal oliente.

Entre las complicaciones más graves de la otitis media están la mastoiditis aguda, la laberintitis, la parálisis facial, la sordera neurosensorial, la sordera de conducción y en últimos términos, la meningitis, siendo ésta la complicación menos deseable y de peor pronóstico.

Este tipo de patología sólo debe ser manejado por personal especializado y de manera temprana para evitar cualquiera de sus complicaciones.

Rinitis Alérgica⁶³

La rinitis alérgica es una patología que cursa con rinorrea (salida de moco transparente por las fosas nasales), estornudos, congestión nasal, prurito (pica-zón en la nariz), en oportunidades también conjuntivitis (ojos rojos, con hinchazón en los párpados y lagrimeo), y faringitis (coloración roja de la garganta). Todo este cuadro está relacionado a una respuesta exagerada del sistema inmunológico frente a alérgenos comunes del ambiente (pelos de animales, polvo, ácaros, olores fuertes, exposición a químicos, entre muchas otras). En casos muy congestivos incluso se puede acompañar de febrícula (fiebre no mayor a 38,5°C) y es conocida como Fiebre del Heno., relacionada a la primavera en países de cuatro estaciones.

Generalmente en estos casos con el uso de antihistamínicos será suficiente para contrarrestar éste padecimiento. Sin embargo, si el niño repetidamente presenta cuadros de rinitis, se debe realizar cambios en su entorno para evitar las crisis repetidas. Estos cambios incluyen: eliminar peluches, alejar a mascotas (perros, gatos), evitar el consumo de cítricos, cambio frecuente de sábanas y

toallas, eliminar ácaros mediante la exposición del colchón al sol, utilizar ropa de algodón exclusivamente, realizar mantenimiento frecuente de aires acondicionados (en el caso de que el niño estuviere expuesto). De esta forma se ayuda a disminuir los alérgenos que son la principal causa de las rinitis.

Una práctica muy buena en casa, es colocar una olla con agua a hervir, sacarla del fuego, dejarla reposar 5 min y luego proceder a realizar inhalaciones de 30 segundos del vapor de agua a una distancia no menor de 20 cms. De esta forma la mucosa nasal se hidrata y disminuye el proceso alérgico. Se puede cubrir al niño en la cabeza con una toalla que haga como una especie de carpa que incluya la olla, para evitar que el vapor se escape hacia los lados. Esta práctica se puede repetir dos a tres veces al día mientras existan las crisis.

Faringitis⁶⁴

Es una inflamación aguda de la faringe de origen mixto, pudiendo ser viral o bacteriana. Los síntomas que lo caracterizan son fiebre alta, dolor para tragar, dolor de cabeza (cefalea), náuseas, vómitos, rechazo a la alimentación y dolor abdominal. La faringe está enrojecida y las amígdalas pueden estar inflamadas. En algunas oportunidades puede asociarse ganglios palpables y dolorosos en el cuello.

El manejo durante las primeras 72 horas debe ser sintomático, es decir, si tiene fiebre administrar un antipirético y si hay náuseas un antiemético. Debe administrarse dieta líquida, evitando las temperaturas extremas de la comida (que no van a ser bien toleradas por el niño), reposo absoluto, ayudar al descenso de la fiebre con medios físicos (baños en cama con frotado de compresas húmedas o baño con agua templada durante 45 min para disminuir la fiebre sin el uso de antipiréticos).

Si luego de 72 horas persiste la fiebre, estamos ante la presencia de la colonización por parte de una bacteria, para lo cual debe acudir a un especialista que diagnostique el tipo de infección e indique el antibiótico adecuado según sea el caso.

Amigdalitis⁶⁵

Es una patología infecciosa que cursa con la inflamación de las amígdalas. Cuadro que inicia con un intenso dolor en la garganta, fiebre, malestar para tragar, aumento de volumen de las amígdalas, en algunas oportunidades se acompaña de náuseas, vómitos y aumento de volumen de las cadenas ganglionares del cuello.

La inicial indicación de tratamiento en casa debe ser el reposo absoluto del niño, ingerir abundantes líquidos, con medios físicos para ayudar a combatir los episodios de fiebre. Si la fiebre y el malestar permanecen por más de 72 horas debe evaluarse la posibilidad de iniciar antibióticos. Por lo general el cuadro tiene una duración de 7 a 10 días luego del inicio de los síntomas.

En todos los casos, la realización de un exudado faríngeo ayuda para determinar el agente causal cuando ya el caso ha pasado de 72 horas de evolución, en donde la posibilidad de ser producto de una colonización bacteriana es mayor.

Epistaxis⁶⁶

El término epistaxis, se refiere a la presencia de sangramientos (hemorragias) que provengan de la nariz. Es una afección muy frecuente en las consultas de Otorrinolaringología (ORL). La salida de la hemorragia puede darse vía anterior (por las narinas) o vía posterior (por las coanas) y aparecer en la boca.

Existen factores que predisponen la aparición de una epistaxis, y tienen que ver con las características anatomofisiológicas de la nariz: su gran riqueza vascular (posee muchos vasos sanguíneos) y La delgadez de la mucosa vascular y su localización fácilmente accesible a las agresiones externas y al medio ambiente (rascado, golpes, cambios de temperatura, entre muchos otros).

Dentro de la clasificación pueden ser leves cuando el sangrado es autolimitado (se detiene espontáneamente sin ayuda de un medicamento o acción médica) y graves cuando el sangrado va acompañado de la salida de coágulos, generalmente por la boca y comprometen el estado general del niño (palidez, sudoración, aceleración del pulso y decaimiento).

La principal causa es la idiopática (se desconoce su origen), y está relacionada a la rinitis alérgica, agresiones en la nariz como rascado, sonarse o a estornudos, ya que por la gran vascularización de la nariz se puede romper un vaso local e iniciar el sangrado.

Dentro de las causas locales que le siguen en frecuencia son: pólipo sangrante del tabique, fibroma nasofaríngeo (sobre todo en los adolescentes del sexo masculino), angiomas del tabique, neoplasias malignas de fosas o senos paranasales o de la rinofaringe y cuerpos extraños en las fosas nasales.

Dentro de las causas generales (causas sistémicas) se encuentran: las enfermedades infecciosas febriles (fiebre tifoidea, gripe, escarlatina), enfermedades hematológicas (púrpuras), enfermedades vasculares (telangiectasias).

Si esta afección ocurre en algún niño la mejor acción es evitar que la sangre sea tragada, lo ideal es dejar que salga por gravedad y esperar de manera calmada a que el sangrado frene espontáneamente. Evitar las condiciones que lo empeoran, el calor, la actividad física, el rascado nasal. De continuar el sangrado o hacerse más abundante con la expulsión de coágulos por la boca, se debe acudir a un especialista por el área de emergencia de un centro asistencial. Un pequeño tips para la casa, colocar una bolsa de criogel sobre la nariz puede ayudar a detener el sangrado un poco más rápido.

Neumología⁶⁷⁻⁶⁸

CRUP

El crup es una enfermedad que cursa con obstrucción aguda de las vías aéreas superiores en la infancia, con una frecuencia de presentación cercana al 20 % de las enfermedades respiratorias. Es un síndrome caracterizado por la presencia de tos perruna o metálica, afonía, estridor y dificultad respiratoria. Su nombre deriva del término anglosajón de “crup”, que quiere decir “llorar fuerte”.

Es más frecuente en los niños varones entre los 3 meses y los 3 años de edad. Se ha notado una correlación familiar en su epidemiología. Es generada con más frecuencia por el virus de la parainfluenza tipo 1. Más frecuentemente vista en otoño e invierno en los países de cuatro estaciones.

Es una patología bastante frecuente, y muy abrumadora para los familiares del paciente, ya que el estridor que genera la laringotraqueitis simula el ahogo del paciente. Sin embargo, es una patología que puede ser manejada en casa con abundantes líquidos, y en caso de fiebre con el uso de antipiréticos.

Es importante que el niño se encuentre en reposo, y evitar el llanto excesivo en el niño, ya que hará más irritativa la tos. Generalmente esta patología no amerita de hospitalización.

Neumonía⁶²

Es una infección de los pulmones que cursa con tos húmeda productiva, generalmente de moco amarillo o verde, acompañado de fiebre, malestar general, dolor en el costado (exactamente en donde se encuentre la neumonía), puede ir acompañado de hiperreactividad bronquial en algunos casos.

En la radiografía de tórax se aprecia un infiltrado focal con consolidación en una porción específica del pulmón. De estar complicada, se puede apreciar imágenes compatibles con derrames pleurales o atelectasias, con abundante congestión bronquial.

Es sabido que la etiología viral está presente entre un 30 y un 50% de las neumonías de forma aislada o en coinfección con bacterias, siendo más frecuente la asociación con virus en los niños más pequeños (< 3 años). Los virus implicados son prácticamente todos los virus respiratorios siendo más frecuentes los siguientes: virus sincitial respiratorio, adenovirus, rinovirus y el bocavirus humano⁶⁹.

El deterioro del paciente es inmediato, representando una causa de hospitalización obligada, debido a la gran posibilidad de complicaciones como el derrame pleural, la atelectasia, incluso llegando a casos tan graves como la sepsis. Para su tratamiento amerita la administración de antibióticos de amplio espectro vía endovenosa, mucha hidratación debido al aumento de las pérdidas insensibles por la intensa fiebre, nebulizaciones y terapias respiratorias como la palmo-percusión para ayudar al desplazamiento de las secreciones.

Bronquitis⁷⁰

Es una infección ubicada en las vías respiratorias, más específicamente en los bronquios, que cursa con sibilancias, y abundante tos que se hace incesante, generando incluso la sensación de asfixia del paciente, a quien se le hace imposible permanecer acostado, teniendo que adoptar la posición sentada para poder respirar.

La tos generalmente es seca, aunque si la infección progresa puede hacerse húmeda productiva de expectoración modificada (verde o amarilla). En algunos casos es el estadio primario antes de una neumonía.

Generalmente inicia como un cuadro viral, secundariamente colonizado por alguna bacteria que culmina por generar la sintomatología de gravedad. Es muy limitante para el paciente, ya que presenta mucho trabajo respiratorio, tos, fiebre y disnea.

Debe ser manejado por un especialista, sin embargo, en la mayoría de los casos el manejo puede ser con atención en casa sin necesidad de ameritar hospitalización.

Asma⁷¹⁻⁷²

El asma es una enfermedad del sistema respiratorio caracterizada por una inflamación crónica de la vía aérea, cuyas manifestaciones clínicas son heterogéneas y variables en el tiempo y consisten en sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos.

El origen de la enfermedad es complejo e involucra inflamación de la vía respiratoria, obstrucción intermitente e hiperreactividad bronquial. La presencia de edema y secreción de mucosidad contribuye tanto con la obstrucción como con el aumento de reactividad. La enfermedad puede tener un curso agudo, subagudo o crónico, dependiendo de la frecuencia, duración e intensidad de sus manifestaciones clínicas.

Las manifestaciones del asma se dan en respuesta a numerosos estímulos desencadenantes tanto endógenos (internos a la persona), como exógenos (del

ambiente).

Entre estos estímulos desencadenantes está la exposición a un medio ambiente inadecuado (frío, húmedo o con alérgenos), el ejercicio o esfuerzo y el estrés emocional. En los niños el desencadenante más frecuente es el resfriado común.

Los síntomas del asma son la respiración sibilante, la falta de aire, la opresión en el pecho y la tos improductiva durante la noche o temprano en la mañana. Estos síntomas se dan con distinta frecuencia e intensidad, intercalándose períodos asintomáticos donde la mayoría de los pacientes se sienten bien. Por el contrario, cuando los síntomas del asma empeoran, se produce una crisis de asma.

Clasificación⁷³

Crisis de asma

Asma producida por esfuerzo. Entre el 40 y el 80 % de la población asmática infantil presenta broncoconstricción durante el ejercicio, de breve duración.

Asma Nocturna

Es otra presentación, más frecuente en pacientes mal controlados, cuya mortalidad (70 %) llega al máximo en la madrugada.

Asma Leve Intermitente

El síntoma aparece menos de una vez por semana con síntomas nocturnos menos de dos veces cada mes. Las exacerbaciones tienden a ser breves y entre una crisis y la siguiente el paciente está asintomático.

Asma Persistente

Tiene tres variedades, la persistente leve con síntomas más de una vez por semana, la persistente moderada con síntomas diarios y la persistente grave con síntomas continuos.

La enfermedad tiene un fuerte componente hereditario, expresado como un antecedente familiar de rinitis, urticaria y eccema, por ejemplo. Sin embargo, muchos asmáticos no tienen antecedentes familiares que indiquen una asociación atópica. Hasta el momento no se ha demostrado ninguna de las hipótesis infecciosas propuestas como origen del cuadro.

Si en tu casa hay un niño portador de asma, debes de seguir las mismas indicaciones de un niño con rinitis alérgica. Mantener un ambiente libre de polvo, ácaros, pelo de animales hará que las crisis sean más distantes. Evitar el consumo de colorantes, refrescos, amarillo No.5, es una buena estrategia para llevar una vida sana, mucho más en los casos donde se padece de esta patología tan limitante para la vida cotidiana. Otra de las indicaciones ideales para evitar las crisis es la realización de actividad física preferiblemente a diario; el mejor deporte para un paciente asmático es la natación, ya que con ella mejora los patrones respiratorios, fortaleciendo la musculatura de la caja torácica.

En la actualidad existen innovadores tratamientos para distanciar las crisis, que deben ser indicados por los médicos especialistas en el área.

Cardiología⁷⁴

Soplo Inocente

El soplo se define como el sonido producido en la sangre que circula por las cámaras y válvulas del corazón o vasos sanguíneos cerca del corazón.

Se denomina como soplo inocente, aquel sonido producido por la sangre, que para el momento del examen físico y ecocardiográfico no presenta ninguna causa anatómica comprobable. En muchas oportunidades desaparece sólo con el cambio de postura del paciente de acostado a sentado y tiende a desaparecer espontáneamente con el crecimiento del paciente.

Generalmente es detectado por el pediatra como un hallazgo incidental y es enviado a consulta de cardiología infantil, en donde un cardiólogo especializado en ecocardiografía determina la ausencia de enfermedad.

Este ecocardiograma debe repetirse en varias oportunidades, ya que existen

algunos tipos de soplo que son intermitentes y pueden no detectarse en el primer estudio. Se considera, que luego de tres estudios ecocardiográficos realizados el paciente, con ausencia de enfermedad, se puede dar el nombre de soplo inocente.

No representa ninguna patología para el paciente, por lo cual no debe restringírsele ninguna actividad física.

Cianosis⁷⁵⁻⁷⁶

El sistema circulatorio tiene la gran función de llevar el oxígeno tomado en los pulmones a todo el cuerpo y al mismo tiempo recolectar el dióxido de carbono (CO₂) y llevarlo a los pulmones para su expulsión a través de la respiración. Para que este proceso se pueda llevar a cabo deben ocurrir varios fenómenos necesarios, como por ejemplo, la indemnidad de la superficie de intercambio de oxígeno a nivel pulmonar y el paso de la sangre desoxigenada a nivel pulmonar para lograr el intercambio.

Se define a la cianosis como una coloración azul o purpura de la piel y las mucosas. Esta aparece cuando existen al menos 5 g de hemoglobina desoxigenada por cada 100 ML de sangre. Puede ser causada por alteraciones cardíacas, neurológicas, pulmonares, entre muchas otras.

Las enfermedades de las vías respiratorias que mayormente pueden cursar con cianosis son la bronquiolitis, el asma, el crup, la epiglotitis y los cuerpos extraños. Se reconocen este tipo de cianosis de forma diferencial porque puede ir acompañado de tos, estridor laríngeo y sibilancias.

En estos casos se altera la superficie a través de la cual entra el oxígeno a la sangre, producto de la ocupación del moco y los estados de colapso pulmonar, que disminuyen el intercambio de CO₂ por oxígeno por lo cual va aumentando el porcentaje de hemoglobina desoxigenada generando la coloración violácea.

Como se nombró anteriormente existen fallas neurológicas que pueden condicionar a un estado transitorio de cianosis. La causa más frecuente se conoce como el espasmo del sollozo, que se produce durante el llanto descontrolado de un bebé, en el cual por no realizar una respiración adecuada, permaneciendo

largos momentos sin respirar (en apnea voluntaria), el intercambio de oxígeno no se produce de manera adecuada por lo cual aumenta la cantidad de sangre desoxigenada.

Otra de las causas, es cuando existe una alteración a nivel del centro respiratorio en el sistema nervioso central (que debe trabajar de forma involuntaria), produciendo largos periodos de apnea durante el sueño, generando la cianosis. Este tipo de cianosis es de difícil diagnóstico ya que para identificarla hay que esperar que el niño se duerma, producto de que cuando está despierto la respiración se torna voluntaria y desaparece el defecto.

También se puede apreciar cianosis cuando existen patologías que alteren la musculatura respiratoria, entre las cuales se pueden nombrar, el botulismo, síndrome de Werdnig-Hoffmann, las miopatías congénitas, la intoxicación por sustancias, entre otras.

Dentro de las afecciones cardíacas que generan cianosis, se encuentran las cardiopatías congénitas, en las cuales ocurre una alteración durante la formación del corazón de embrión que evita el cierre de ciertas estructuras cardíacas por lo cual se mezcla la sangre oxigenada con la desoxigenada, generando la coloración.

Para diferenciar la cianosis de origen cardíaca de la de origen pulmonar, los síntomas asociados a las cardiopatías también incluyen la dificultad para la alimentación, la escasa ganancia de peso, la taquipnea (aumento de la frecuencia de las respiraciones en 1 minuto) y la diaforesis (sudoración profusa con mínimos esfuerzos habituales). También existen signos característicos en los niños afectados con cardiopatías congénitas como lo son, la presencia de soplo cardíaco, los dedos en palillo de tambor (las puntas de los dedos se tornan redondos), las uñas en vidrio de reloj (uña cóvexa) y la característica posición en cuclillas para mejorar los síntomas de ahogo.

Las cinco cardiopatías que generan cianosis en un niño son: atresia tricuspídea, transposición de grandes vasos, persistencia del tronco arterioso, retorno venoso pulmonar anómalo total y tetralogía de Fallot.

Disnea⁷⁷

Se define como la sensación subjetiva de dificultad en la respiración, que engloba sensaciones cualitativamente diferentes y de intensidad variable. Su origen es multifactorial, pudiendo intervenir factores fisiológicos, psíquicos, sociales y medioambientales del sujeto.

Existen muchos tipos de disnea, entre las cuales el diagnóstico diferencial se basa en sutilezas diferenciales entre un cuadro y otro. La disnea de origen cardiovascular no permite que el paciente permanezca mucho tiempo en decúbito horizontal (acostado), generalmente necesita estar sentado o de muchas almohadas, puede ir acompañado de edema en miembros inferiores, y en algunos casos (más graves) se acompaña de sudoración. En casos leves, se relaciona al esfuerzo físico realizado y desaparece con el reposo. En los lactantes, se puede apreciar sudoración y dificultad respiratoria durante la lactancia, el niño presenta una sudoración muy intensa y disnea que lo obliga a detener la succión. Este tipo de pacientes debe ser evaluado por un Cardiólogo infantil para descartar una cardiopatía congénita.

En la disnea de origen respiratorio, generalmente se acompaña de tos, el paciente puede permanecer grandes ratos en decúbito horizontal, no se relaciona al esfuerzo, sin embargo, éste la puede empeorar, no va acompañado de edema, y la persona presenta una coloración cianótica leve (piel azulada). Esta puede ser aguda, por una infección bacteriana o viral que esté padeciendo, o incrementarse con los años, lo que sugiere un componente crónico respiratorio y debe ser evaluado por un neumonólogo.

Cuando se presenta por cuerpos extraños, inicia de forma súbita, durante la ingesta inadecuada de algún alimento (muy frecuente con la ingesta de frutos con semillas grandes) que se queda atascado en la garganta. El paciente, no puede respirar, se torna cianótico y puede llegar incluso a perder el conocimiento. En este caso, se puede tomar al niño y colocarlo boca abajo sobre el regazo colocando su cabeza por debajo del nivel de su cadera y dar golpes con la palma de la mano en la espalda, en búsqueda de la expulsión del alimento que quedó atascado en la garganta. No se debe introducir ningún objeto en la boca del niño, para intentar sacar el alimento, ya que esta maniobra puede introducir más en cuerpo extraño.

En algunos casos, la disnea puede presentarse por un cuadro ansioso, generalmente asociado a un estrés emocional, deben ser descartadas las patologías orgánicas por cualquier especialista en las áreas correspondientes. Generalmente es un cuadro repetitivo, que puede ser manejado con psicoterapia, o simplemente con la respiración en una bolsa de papel, orientando al paciente a respirar profundo, tomando el aire por la nariz y eliminándolo por la boca; al cabo de unos segundos o pocos minutos, el cuadro ya debe haber desaparecido.

Nefrología

Síndrome Nefrótico⁷⁸

El síndrome nefrótico, es la glomerulopatía primaria más frecuente en Pediatría. El término clínico se aplica a enfermedades glomerulares (de la Porción funcional de riñón) caracterizadas por proteinuria (pérdida de proteínas por la orina), hipoalbuminemia (disminución de valores de albúmina en sangre), edema (hinchazón), y en algunos casos dislipidemia (aumento del colesterol en sangre) y alteraciones endocrinas.

Se desconoce su etiología en el 90% de los niños que padecen este síndrome y es más frecuentemente visto en niños entre 3 y 5 años de edad. Dentro del otro 10% la más frecuente es la generada por una mutación genética que altera la función de filtración del riñón.

Puede presentarse asociada o secundaria a otra patología, como el lupus eritematoso sistémico, diabetes mellitus, artritis reumatoidea, patologías autoinmunes, entre muchas otras.

De presentarse en un niño, clínicamente la triada de edema (en miembros inferiores, genitales y cara), pérdida de proteínas por orina, y valores bajos de proteínas (albúmina) en sangre, éste debe ser llevado inmediatamente a un especialista en nefrología infantil para su tratamiento, para evitar la progresión de la enfermedad, que puede llegar incluso hasta la diálisis.

Síndrome Nefrítico⁷⁹

El síndrome nefrítico agudo se caracteriza por la aparición de forma súbita

de hematuria, proteinuria, edemas, oliguria, alteración de la función renal e hipertensión arterial frecuente pero no constante.

La glomerulonefritis aguda postestreptocócica es el prototipo de síndrome nefrítico agudo en la infancia, de los 2 a 12 años, y es la segunda causa de hematuria macroscópica en niños después de la enfermedad de Berger. Se presenta tras un intervalo libre de una a 3 semanas de la infección faringoamigdalar o cutánea por el estreptococo. Su pronóstico es benigno, con curación clínica e histológica en el 90%.

Generalmente esta patología es detectada en las consultas de niños sanos, que al momento de la evaluación se tome la presión arterial y se observe elevada según su grupo etario. Siempre es importante, evaluar si el niño posterior a cuadros infecciosos sobre todo en el área de la garganta comienza a disminuir su volumen urinario normal, o si empieza a presentar aumento de volumen (edema) en las piernas, y alrededor de los ojos. Ante la sospecha es imperativa la evaluación por parte de un nefrólogo infantil para descarte de esta patología.

Acidez Tubular⁸⁰

La acidosis tubular renal, es la alteración fisiopatológica del metabolismo ácido-base que se caracteriza por la presencia de acidosis metabólica hipercloremica ocasionada por la pérdida renal de bicarbonato o por la reducción de la excreción tubular renal de hidrogeniones.

Dentro de su presentación clínica se encuentra: detención del crecimiento del niño, poliuria (orina mucho), sed, anorexia, raquitismo, litiasis y nefrocalcinosis. Para lo cual debe ser llevado al pediatra quien constatará la pérdida de la trayectoria normal del crecimiento del niño, y referirá al especialista en nefrología quien debe realizar una serie de laboratorios para corroborar la sospecha diagnóstica de acidosis tubular primaria.

Hipertensión Arterial⁸¹

La hipertensión arterial, es una enfermedad que cursa con la elevación de los valores de presión arterial, por encima de lo estimado para la edad del niño. Entre los pacientes y sus familiares existe un mito en el cual se considera que la hi-

pertensión en una enfermedad confinada única y exclusivamente a las personas de tercera edad. Sin embargo, ésta enfermedad se puede presentar en cualquier momento de la vida, incluso desde la edad de recién nacido, por problemas congénitos del bebé.

En el caso de los niños, se realiza correlación de los valores de presión arterial con respecto a la edad, peso y talla del niño, indexando los valores a tablas según el crecimiento esperado para la edad. La presión sanguínea normal se define como una presión arterial sistólica y/o presión arterial diastólica menor al percentil 90 para sexo, edad y peso.

La Hipertensión es definida como una presión arterial sistólica y/o presión arterial diastólica percentil 95 para la edad, talla y el sexo, tomada en 3 ocasiones separadas.

Se define como presión normal alta (prehipertensos) a los niños con alto riesgo para desarrollar hipertensión que se presentan con cifras de presión arterial sistólica y/o presión arterial diastólica percentil 90 pero menor que percentil 95.

Existen tablas que permiten la comparación de los valores de presión arterial según el grupo etario, sexo y talla (percentil) para que el profesional de la salud pueda hacer una buena correlación y determinar el valor de presión arterial individualizado según cada paciente. Con esto queda sobre entendido que cada paciente presentará valores de presión diferentes por lo cual no existe un valor de punto de corte específico para todos los niños.

Según el grupo etario cambian las causas origen de la hipertensión arterial⁸²:

Recién nacido: trombosis de la vena o arteria renal, cateterización de arteria umbilical, coartación de la aorta, malformaciones renales, displasia renal, riñones quísticos. hiperplasia suprarrenal, síndrome adrenogenital, displasia broncopulmonar, neumotórax, tumores cerebrales y fármacos.

Lactantes: coartación aórtica, síndrome hemolítico urémico, displasia renal, riñones quísticos, malformaciones renales, estenosis de arteria renal, feocromocitoma, hiperaldosteronismo, exceso de mineralocorticoides, tumores, postrasplante renal.

Niños mayores: malformaciones renales, glomerulonefritis, lupus eritematoso sistémico, displasia renal, nefropatía por reflujo, púrpura de Henoch-Schönlein, estenosis de la arterial renal, insuficiencia renal crónica, enfermedad de Takayas, feocromocitoma, postrasplante renal, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, tumores, causas neurológicas (Guillan- Barré, lesión medular), iatrogénica (eritropoyetina, anticonceptivos, aines), drogas (cocaína) y esencial.

En el caso que sean identificados valores de presión arterial elevados en un niño, existen prácticas que se deben realizar para ayudar al descenso de los valores de presión arterial, y entre ellas se pueden nombrar: realizar una actividad física aeróbica diaria, disminuir el consumo de sal a menos de 1,2 gramos diarios, evitar galletas y golosinas (en lugar de ellas ingerir frutas), aumentar el consumo de agua a 33 cc por kilogramo de peso del paciente bajar de peso en el caso de que exista sobrepeso y evitar el consumo de queso blanco (sustituir por ricota o queso de cabra bajo en sal).

Las medidas antes nombradas pueden incluso llegar a controlar la presión arterial sin el uso de fármacos antihipertensivos, sin embargo, siempre deben ir acompañados de la evaluación de un nefrólogo infantil que identifique si es necesario el inicio de fármacos.

Gastroenterología

Parasitosis Intestinales⁸³

Las parasitosis intestinales son infecciones que invaden el intestino y que pueden producirse por la ingestión de quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos o por la penetración de larvas por vía transcutánea desde el suelo.

Generan cuadros disímiles dependiendo del tipo de parásito. En su mayoría son absorbidos por el cuerpo por la pobreza en los hábitos higiénicos. En casa siempre se debe insistir en el lavado de manos por parte de la persona que cocina los alimentos y por la persona que piensa ingerirlos, el uso de calzados sobre todo en pisos de tierra y arena, el control de las excretas tanto humanas como animales, el adecuado lavado de las frutas y vegetales que se ingieran crudos, hervir el agua para consumo al menos 10 minutos. Con estas simples herramientas es muy posible disminuir la posibilidad de infección por parásitos.

A continuación, se presentan las principales parasitosis intestinales y sus cuadros clínicos. No se abordará el tratamiento farmacológico específico, ya que debe ser labor del médico pediatra indicar tratamiento y dosis según el tipo de parásito y el peso del niño.

***Giardiasis*⁸³**

Infección generada por los parásitos *Giardia intestinalis*, *G. lamblia* y *G. duodenalis*, es la más frecuente de todas las parasitosis intestinales. Su mecanismo de acción hace que se adhiera a las paredes intestinales, soltando sus huevos hacia el interior del intestino, de esta forma son expulsados por las heces contaminando las aguas.

Se caracteriza por dolor periumbilical, diarreas fétidas, anemia, y síndrome de malabsorción intestinal (ya que al tapizar internamente de los intestinos no permite la absorción normal de nutrientes).

Para lograr detectarlo se debe realizar exámenes seriados de heces, ya que es posible que en la primera muestra no se detecte.

***Amebiasis Intestinal*⁸⁴**

Es producida por los parásitos *Entamoeba histolytica* y *Entamoeba dispar*, tras la ingestión de quistes, por comida o aguas contaminadas, llegan al intestino y eclosionan en su forma trofozoítica; también pueden migrar a la pared del intestino para formación de más quistes, que luego son expulsados por las heces, generando nuevamente la infección de las aguas o suelos.

Su presentación clínica es variable, desde ser asintomática en el 90%, hasta la forma diarreica ya sea disenterica (diarrea con moco y sangre) o no.

En la amebiasis disenterica: se observa gran número de deposiciones con contenido mucoso y hemático, tenesmo franco (sensación de ganas de evacuar), con volumen de la deposición muy abundante en un principio y casi inexistente posteriormente, dolor abdominal importante, tipo cólico (dolor intermitente).

Amebiasis no disenterica: dolor abdominal tipo cólico con cambio del ritmo

intestinal, intercalando periodos de estreñimiento con deposiciones diarreicas, tenesmo leve, sensación de plenitud después de comer, náuseas, distensión abdominal, meteorismo y borborigmos.

Para determinar su diagnóstico se basa predominantemente en la clínica, ya que la presencia de moco y sangre es característica. Sin embargo, debe ser realizado un examen de heces que permita la detección de quistes o trofozoitos en la muestra.

En algunos casos, el parásito luego de colonizar la pared intestinal puede contaminar el hígado y formar cavidades conocidas como absceso hepático amebiano, que cursa generalmente con fiebre de origen desconocido (más de 21 días con fiebre sin hallar un foco probable de la infección), dolor a la palpación del hígado, hepatomegalia (aumento del tamaño del hígado) pérdida de peso, ictericia (color amarillo de la piel) y en algunas oportunidades tos por irritación de la pleura circunvecina). Su detección se hace por ecografía del hígado apreciando las cavidades, su tratamiento suele ser quirúrgico y con antibióticoterapia específica para eliminar al parásito.

Oxiuriasis (*Enterobius vermicularis*)⁸⁵

En esta parasitosis la hembra del parásito se desplaza hasta zona perianal, principalmente con horario nocturno, donde deposita sus huevos, muy infectantes, que quedan adheridos a la piel o en la ropa. Con el rascado de la zona, se establecen bajo las uñas y se perpetúa la autoinfección por transmisión fecal-oral (de ano a boca).

Clínicamente se manifiesta por prurito anal, despertares nocturnos, sensación de cuerpo extraño en el ano, o sobreinfección de la zona de rascado.

Para su diagnóstico se realiza mediante la observación directa de las larvas en las mañanas al despertar antes del lavado del ano. También mediante la realización del Test de Graham que consiste en la utilización de una cinta adhesiva transparente por la mañana antes de defecación o lavado para la visualización de los huevos depositados por la hembra en zona perianal.

Ascariasis⁸⁶

Es la infección ocasionada por el parásito *Ascaris lumbricoides*, tras su ingestión en material contaminado, las larvas eclosionan en intestino delgado, atraviesan la pared intestinal, se incorporan al sistema portal y llegan nivel pulmonar, donde penetran en los alveolos y ascienden hasta vías respiratorias altas que por la tos y deglución, llegan de nuevo al intestino delgado, donde se transforman en adultos, producen nuevos huevos, que se eliminan por material fecal.

Posee clínica muy variada, desde dolor abdominal difuso, meteorismo aumento de los gases a nivel abdominal), vómitos y diarrea, hasta síntomas respiratorios como el llamado síndrome de Löeffler (cuadro respiratorio agudo con fiebre de varios días, tos y expectoración abundantes y signos de condensación pulmonar transitoria, consecuencia del paso pulmonar de las larvas). En algunas ocasiones con el vómito o la tos se puede apreciar la salida del parásito por la boca o la nariz.

En casos muy raros se puede presentar un cuadro de pseudo-obstrucción intestinal por el gran acúmulo de larvas en el interior del intestino que no permiten el paso del bolo alimenticio, éste cuadro se caracteriza por anorexia (el niño no desea ingerir alimentos), fiebre y dolor abdominal. Debe ser resuelto a través de la cirugía abdominal para la extracción de los parásitos.

El diagnóstico de la enfermedad puede anticiparse por la presencia del parásito en su forma larvaria en las heces o por la expulsión a través de nariz o boca, o mediante la observación de los huevos en materia fecal por un examen de heces.

Teniasis (Taenia solium)⁸⁷

El ser humano ingiere la carne poco cocida del ganado porcino infectado por los proglótides del parásito. Una vez en el intestino delgado el parásito se adhiere a las paredes y comienza su periodo de crecimiento, expulsa los huevos a través de las heces humanas que alcanzan a los animales generando el ciclo.

La clínica es muy inespecífica, generalmente meteorismo, náuseas, vómitos y escaso dolor abdominal.

Existe una entidad clínica generada por este parásito conocida como Neurocisticercosis, en la cual el parásito migra hacia el cerebro, generando quistes que con el paso de los años va generando la sintomatología. Su clínica dependerá del área del cerebro donde se aloje. El diagnóstico se realiza mediante la visualización de los quistes a nivel cerebral a través de una tomografía o resonancia magnética.

Dentro del tratamiento, no sólo se trata al parásito, sino va también destinado a tratar los síntomas, mediante el uso de esteroides, anticonvulsivantes e incluso en oportunidades es necesario la cirugía cuando se acompaña de hipertensión intracraneana.

Reflujo Gastroesofágico⁸⁸

Se conoce como reflujo gastroesofágico al retorno sin esfuerzo del contenido gástrico a la boca, de forma esporádica y especialmente después de comer, que acontece con una prevalencia de hasta el 18% en lactantes.

El problema de esta enfermedad radica en que la mucosa del esófago no es capaz de soportar el pH ácido del estómago, por lo tanto se presenta erosión del mismo con la presencia de inflamación, incluso llegando a ulceraciones de la mucosa lo que genera la clínica manifestada.

En lactantes, se aprecia un reflujo fisiológico (normal) apreciándose como vómitos y regurgitaciones de leche, sin ningún otro síntoma. Sin embargo, deja de ser fisiológico cuando se asocia a malnutrición, problemas respiratorios con sospecha de esofagitis.

Los problemas respiratorios se presentan producto de la entrada de contenido estomacal a las vías respiratorias, generando irritación con inflamación de las mismas, por lo tanto se manifiesta como infecciones respiratorias a repetición sin un origen aparente.

Para su diagnóstico se cuenta con varias técnicas, dentro de ellas, la gammagrafía, la endoscopia, el ecosonograma abdominal, la radiografía de tórax y la pHmetría.

Dentro de las técnicas de tratamiento se encuentran los cambios en el estilo de vida. Una de las causas de reflujo se aprecia como la intolerancia del lactante a la leche de vaca, por lo cual un cambio en la fórmula puede ser la solución al problema. Otras de las modificaciones en la dieta incluyen evitar el consumo de chocolate, café y picante en el caso de niños de mayor edad. Está evidenciado que el reflujo disminuye también si se coloca al lactante acostado boca abajo al dormir.

El tratamiento farmacológico incluye: antiácidos, antieméticos, procinéticos, medicamentos que fortalecen el esfínter esofágico inferior y en algunos casos es necesaria la intervención quirúrgica.

Diarrea⁸⁹

La diarrea es una consecuencia de la disfunción en el transporte de agua y electrólitos a nivel del intestino. Como resultado de esta alteración se produce un aumento de la frecuencia, cantidad y volumen de las heces, así como un cambio en su consistencia por el incremento de agua y electrólitos contenidos en ellas.

Existen diversos tipos de diarreas según el microorganismo involucrado, ésta pueden ser virales, bacterianas o parasitarias. Dentro de las bacterias involucradas con procesos diarreicos están: *Salmonella sp*, *Shigella sonnei*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, *Eschechichia coli* y las *Aeromonas*. En las virales: Rotavirus Grupo A, Adenovirus entérico, Astrovirus y los Calicivirus humanos. Y como principales productores dentro del mundo parasitario: *Giardia lamblia*, y *Cryptosporidium parvum*.

Hay una manera bastante útil para identificar algunos tipos de diarrea por las características de las deposiciones, por ejemplo: si la deposición es de color verde puede ser generada por una bacteria, y generalmente estará acompañada de fiebre y malestar general. En el caso de las diarreas virales, si es ocasionada por Rotavirus, se aprecia un color amarillo en las heces y se tornan muy fétidas. Si están acompañadas de moco o sangre generalmente son disenterías relacionadas con parásitos amebianos.

Sin embargo, todo cuadro de diarrea debe ser cultivado para detectar el tipo

de microorganismo involucrado y de esta manera aplicar el medicamento indicado según sea el caso.

Ahora bien, independientemente del germen que lo esté generando lo más importante frente al cuadro diarreico es evitar la deshidratación, ya que ésta es la verdadera razón por la cual se compromete la vida del paciente.

La indicación más práctica es la que establece que por cada deposición que se haga, se debe ingerir una taza de suero oral. Si en el momento no se cuenta con suero oral industrial en casa, es muy sencillo realizarlo, se toma más de un litro de agua y se deja hervir por al menos 10 min, luego de dejar reposar el agua, se le administra a 1 litro exacto de agua, 1 cucharada grande de azúcar y una cucharadita pequeña de sal. Esto ayudará a mantener los electrolitos que se están perdiendo por las deposiciones, mientras el niño es trasladado a un centro asistencial para su atención médica oportuna.

Estreñimiento⁹⁰

El estreñimiento es un problema frecuente en la edad pediátrica. Su prevalencia estimada varía entre el 0,3% y el 8% de la población infantil. Es además un motivo de consulta frecuente, puede representar el 3-5% de las visitas al pediatra y hasta un 25% de los niños enviados a la consulta de gastroenterología pediátrica.

Clásicamente se ha definido como la disminución en la frecuencia de la emisión de heces, cualquiera que sea su consistencia o volumen. El 95% de los casos de estreñimiento son de origen idiopático (se desconoce su origen).

No hay un único mecanismo responsable del estreñimiento. Varios factores van a contribuir, como por ejemplo: constitucionales y hereditarios, psicológicos y educacionales, dolor a la defecación. No olvidar los factores dietéticos; el niño con estreñimiento bebe poco líquido, tiene un régimen desequilibrado, rico en proteínas de carbono con escasas fibras. Las causas orgánicas de estreñimiento incluyen trastornos neurológicos, endocrinos y metabólicos.

Por lo anterior es importante enfatizar el aumento de ingesta hídrica en los niños, evitando sustancias como refrescos o té instantáneo, que aumentan la ge-

neración de gases sin ayudar en el peristaltismo, por lo cual aumenta el dolor y el disconfort. Aumentar la ingesta de frutas y vegetales, sobre todo aquellos con alto contenido de fibra.

El ejercicio aeróbico diario estimula a un mejor hábito evacuatorio, sobre todo la caminata y la natación. Es importante establecer horarios en los cuales el niño vaya creando el hábito de evacuar, de esa forma se genera una rutina que el cuerpo establece como normal.

Cólico en el Lactante⁹¹

Es un síndrome caracterizado por llanto excesivo y repentino, de predominio vespertino, aunque esto es variable, sin causa identificable, entre las dos semanas y los cuatro meses de edad, que ocurre en un lactante sano, independientemente del tipo de lactancia (materna o fórmula). La frecuencia de este trastorno varía entre el 10-40% de los niños.

No se le conoce causa definida actualmente, aunque se han propuesto múltiples teorías que van desde una mala relación padre-hijo, mal carácter del niño y factores sicosociales (ansiedad materna, tabaquismo, edad y paridad materna).

Dentro de las causas físicas que se le ha adjudicado destacan: inmadurez del sistema gastrointestinal, que le dificulta la evacuación, intolerancia a la lactosa, estreñimiento, meteorismo, reflujo, e incluso inmadurez del sistema nervioso.

En vista de lo anterior, es importante hacer prevención de una a una todas las posibles causas, se plantea la posibilidad del cambio a fórmula sin lactosa, aumento de la cantidad de líquido, evitar las comidas que le produzcan gases a la madre (en el caso de la lactancia materna), apoyo psicológico para los padres, aunque mucha literatura apoya que es posible que ésta afectación ceda de forma espontánea a los 3 o 4 meses de nacido.

Dermatología

Impétigos⁹²

Es una infección cutánea superficial causada por el *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* o ambos. Clínicamente es imposible distinguir el impétigo estafilocócico del estreptocócico (actualmente 80% por estafilococo, 15% ambos y entre un 15-20% estreptococo).

Es Altamente contagioso, se propaga fácilmente por contacto directo, y su máxima incidencia entre los 2 y 6 años de edad. Clínicamente se aprecian vesículas rojizas que rompen expulsando un líquido claro que tiende a formar una costra amarillenta. Generalmente asociado picaduras, heridas superficiales o áreas de rascado. Es muy pruriginosa y altamente contagiosa.

Es muy fácil de controlar con buenas medidas higiénicas, evitando el rascado de otras áreas, e incluso el uso de antibiótico local en crema o ungüento.

Pitiriasis⁹³

Pitiriasis alba: es una dermatosis inflamatoria benigna, común en la infancia, que cobra interés al comprometer el aspecto estético de los pacientes e influir su calidad de vida.

Clínicamente se caracteriza por hipopigmentación (manchas blancas), más evidente en zonas expuestas al sol, ya que la piel circundante se broncea, excepto el área afectada. Es totalmente asintomática.

Actualmente se desconoce el agente causal, estudios han intentado buscar un agente causal específico, pero ninguno ha sido concluyente. Es una lesión auto-limitada, es decir, que se cura espontáneamente sin el uso de ningún producto.

Deben evitarse el uso de jabones abrasivos, duchas calientes y prolongadas, contacto con agentes irritantes como perfumes o cosméticos y es primordial una adecuada protección solar.

***Pitiriasis Versicolor*⁹⁴**

Es una lesión en piel caracterizada por fondo blanquecino, bordes elevados eritemasos, suele ser pruriginosa. Es causada por las especies reconocidas de *Malassezia* (*M. furfur*, *M. pachidermatis*, *M. sympodialis*, *M. globosa*, *M. slooffiae*, *M. restricta* y *M. obtusa*).

Las lesiones predominan en el tronco, y de éste en los hombros y el tórax, en su cara anterior y posterior, seguido por los segmentos proximales de los brazos y los muslos, en donde podría afectarse el cuello.

Para su diagnóstico es necesaria la lámpara de Wood con la cual se aprecia la pitiriasis de un color verde fosforescente que permite diferenciarla de otro tipo de lesiones morfológicamente parecidas. Método que debe ser realizado por un dermatólogo, el cual indicará el tratamiento farmacológico apropiado.

Aparte del tratamiento farmacológico se puede dar cambio frecuente a la ropa de algodón, evitar la aplicación de bronceadores en vehículo graso y la aplicación de emulsiones en vez de cremas corporales.

***Piojos*⁹⁵**

Los piojos son insectos y éstos representan el 75 % de la masa total de animales del planeta. Hay más de 3000 especies de piojos conocidas, de las cuales se desconoce la biología en la mayoría excepto en los que infestan la especie humana.

Como clínica, uno de los primeros síntomas y el más frecuente es el prurito del cuero cabelludo aunque muchos niños pueden presentarse asintomáticos. El prurito puede tardar de 4 a 6 semanas en aparecer tras la primera infestación. Si el prurito es muy intenso se producen escoriaciones por el rascado, eccemas y sobreinfección bacteriana secundaria con poliadenopatías (ganglios) regionales cervicales y occipitales.

Suele presentarse más en niñas que en niños, ya que existe mayor contacto físico entre niñas y los juegos son más tranquilos, lo que permite el paso de una cabeza a otra. Es una patología frecuente en el escolar por el hacinamiento y lo

delgado del cuero cabelludo que permite una fácil alimentación por parte del piojo o liendre. En niños afroamericanos la incidencia es menor por el grosor del cabello y la presencia de risos.

Para su tratamiento se debe utilizar pediculicidas en niños mayores de 2 años. Previa protección de los ojos, ya que es un producto irritante. Es importante luego del uso de pediculicidas, la extracción manual de piojos, huevos y liendres muertos. El tratamiento puede ser aplicado en varias oportunidades, si a pesar del uso del fármaco todavía se visualicen piojos móviles o mayor número de liendres. La separación entre tratamiento no debe ser menor a 12 horas, hasta incluso durante 14 días.

Hematología

Anemia⁹⁶

Se conoce como anemia, al descenso de los valores de hemoglobina, establecidos según el grupo etario. Las cifras de hemoglobina son máximas (16,5-18,5 g/dl) en el recién nacidos, y en los primeros días de vida, pueden descender hasta 9-10 g/dl entre los 2 y 6 meses, se mantienen en cifras de 12-13,5 g/dl entre los 2 y 6 años de edad y llegan a 14-14,5 g/dl en la pubertad.

La hemoglobina es la encargada de trasladar el oxígeno desde los pulmones hasta el resto del cuerpo, siendo transportada a través de la sangre. Un descenso en la hemoglobina, obliga al corazón a trabajar más acelerado para lograr suplir las demandas de oxígeno del cuerpo. Es por esta razón que uno de los síntomas de la anemia es la taquicardia, referida por el niño como cansancio al realizar cualquier actividad física. También clínicamente se puede presentar como palidez en piel y mucosas, y debilidad generalizada.

La hemoglobina es la que nos provee el color rojo en la sangre, por la presencia hierro en su interior, al descender los valores de hierro en sangre, disminuyen los valores de hemoglobina, generando la anemia como una de sus presentaciones.

Existen múltiples tipos de anemia, algunas por deficiencias nutricionales (anemia ferropénica, anemia perniciosa (por deficiencia de Vit B, ac. Fólico),

también las hemolíticas, que generalmente se presentan en el recién nacido por incompatibilidad de grupo o Rh de los padres. Hay otro gran grupo representadas por aquellas que deforman al glóbulo rojo por herencia de taras familiares como por ejemplo la anemia drepanocítica, la beta-talasemia, esferocitosis, entre muchas otras.

Es muy importante, mantener hábitos nutricionales adecuados en el niño con un aporte natural de frutas y vegetales que contengan hierro y ácido fólico para evitar este tipo de enfermedad. El hierro se puede encontrar en la mayoría de las frutas de color rojo (guayaba, tomate de árbol, mora, fresa) en el hígado y las carnes rojas. El ácido fólico lo podemos encontrar en los alimentos de color verde (acelgas, espinacas, berro).

Hay que educar al niño a ingerir todo tipo de alimentos, para evitar trastornos nutricionales de este tipo, queda de parte de la creatividad de los padres, lograr que el niño los ingiera de una manera ingeniosa con recetas agradables a la vista y sabor que sea fácilmente admitido por el niño.

Siempre el tratamiento de una anemia, debe ir de la mano de un hematólogo que verifique las probables causas de esta enfermedad tan común.

Leucemias⁹⁷

La leucemia representa un 25-30% de las neoplasias en menores de 14 años, siendo el cáncer más frecuente en la infancia.

Está caracterizada por el aumento de los leucocitos (células de defensa en la sangre), generalmente a valores por encima de 100.000 leucocitos/uL con la presencia de células inmaduras, tanto en sangre como en médula ósea.

En la clínica se acompaña de astenia, hiporexia (pérdida del apetito), fiebre de origen desconocido, pérdida de peso, disnea, cefalea, dolor osteoarticular entre muchos otros síntomas. Al examen físico puede haber dolor abdominal por la presencia de hepatomegalia (hígado aumentado de tamaño) esplenomegalia (aumento de tamaño del bazo), pueden detectarse adenopatías generalizadas en pocas oportunidades dolorosas a la palpación.

En este apartado no se ahondará más en su descripción ya que debe ser siempre manejado por un especialista en hematología, y no se debe perder tiempo en casa intentando dar tratamiento paliativo a los síntomas presentados.

***Púrpuras*⁹⁸**

Entendemos como púrpura la extravasación de glóbulos rojos a la piel, como consecuencia de trastornos hematológicos, de la coagulación, o de los vasos sanguíneos. Este fenómeno da lugar a lesiones que se caracterizan por no blanquearse completamente a la presión.

Se clasifican morfológicamente de acuerdo por su tamaño: las menores a 2 mm se denominan petequias, las de más de 1 cm se denominan equimosis, y las de tamaño intermedio constituyen la púrpura propiamente dicha, que puede ser palpable o no palpable.

Igualmente, en este apartado no se referirá más material sobre el mismo, ya que es una urgencia hematológica que debe ser manejada única y exclusivamente por médicos especialista en el área.

Eruptivas de la Infancia

***Varicela o Lechí*⁹⁹**

Es producida por el virus de la varicela y del Herpes zóster, miembro de la familia Herpesviridae. Es causante primero de varicela y en un segundo brote de herpes zóster. Es de distribución mundial.

Su periodo de incubación es muy largo (de 14 a 21 días), comenzando con un pródromo de fiebre, cefalea, malestar general, artralgias y mialgias. Y en 24 a 48 horas después aparecen máculas o pápulas con eritema que progresan rápidamente a vesículas. En su evolución las vesículas generan lesiones costrosas, en tiempos variables, por lo que un paciente puede presentar lesiones en cualquiera de sus estadios, ya sea, máculas, pápulas, vesículas o costras.

La clínica cursa con mucho prurito sobre las lesiones, las cuales deben ser protegidas para evitar la sobreinfección bacteriana por el rascado. Las costras

pueden dejar cicatrices deprimidas al caerse antes de cicatrizar por completo.

Remite de forma espontánea en la mayoría de los pacientes. El tratamiento es sintomático e incluye terapias tópicas para la cicatrización de las costras, entre ellas Caladryl® y pasta al agua, lo que genera alivio inmediato del prurito. Una receta casera es utilizar la fécula o almidón mezclado con agua hervida a temperatura ambiente, para colocarle sobre las lesiones al niño después del baño, para generar alivio del prurito.

En niños el riesgo de complicación es bajo, sin embargo, en adultos puede llegar incluso a ser mortal.

Sarampión¹⁰⁰

Causado por el virus del sarampión, un ARN virus (Paramyxoviridae). Tienen riesgo de contraerlo niños preescolares no vacunados y adolescentes en quienes falló la vacunación.

El periodo de incubación es de 8 a 12 días con un pródromo de 7 a 11 días después de la exposición apareciendo fiebre, tos, coriza y conjuntivitis. El enan-tema es patognomónico, llamado manchas de Koplik, como pápulas puntiformes de color blanco-grisáceo y eritematosas distribuidas en la mucosa yugal (en la boca).

No existe ningún tratamiento antiviral específico para esta patología por lo cual el tratamiento es sintomático, es decir, si el paciente presenta tos, se indica un expectorante, si tiene fiebre, un antipirético. Debe ir acompañado de la ingesta de abundantes líquidos y reposo en cama para evitar las complicaciones respiratorias.

Dentro de las complicaciones respiratorias se pueden nombrar Otitis media, bronconeumonía, encefalitis, miocarditis, pericarditis y panencefalitis esclerosante subaguda, que es una enfermedad neurodegenerativa retardada caracterizada por crisis epilépticas, cambios de la personalidad, coma y en ocasiones la muerte (Ocurre en 1 de cada 100 000 pacientes con sarampión).

Rubéola¹⁰¹

Tiene una distribución mundial, siendo producida por un ARN virus de la familia Togaviridae. La infección posnatal se contagia mediante el contacto directo o por gotas de las secreciones nasofaríngeas.

Hasta 50% de los casos de rubéola son asintomáticos y es frecuente la enfermedad leve con remisión espontánea. El periodo de incubación es de 14 a 23 días con un pródromo que se presenta de dos a cinco días antes.

El exantema es maculopapular eritematosos y rosado, afecta más la cara y el tronco; es cefalocaudal (de cabeza a los pies). Remite en tres días en el mismo orden en que apareció. Se asocia al cuadro linfadenopatía generalizada, sobre todo en la región de la nuca, retroauricular y cervical, asociándose al cuadro también dolor articular.

Su diagnóstico se determina mediante la prueba serológica (en sangre) específica para este virus, mediante la búsqueda de su forma de IgM en sangre.

El tratamiento es sintomático, acompañado igualmente de mucho líquido y reposo. Suele ser autolimitada ya que no existe un tratamiento específico por el hecho de tratarse de un virus.

Traumatología¹⁰²⁻¹⁰³

Fracturas

Es la ruptura de un hueso de cualquier parte del cuerpo, generalmente asociada a traumatismos por golpes o caídas. Pueden ser desplazadas o nó. En el caso de ser desplazadas deben ser reducidas (volver a colocar el brazo en su lugar, mediante a tracción del miembro) realizada por un traumatólogo. De no ser desplazadas, sólo con el manejo del dolor y la inmovilización será suficiente.

Diáfisarias

Se ubican en las porciones centrales del hueso largo (llamada diáfisis). Son las más frecuentes en niños, se presentan en el tercio distal de los huesos largos

(de las extremidades), se solucionan con reducción y posteriormente debe inmovilizarse por al menos 21 días hasta apreciar cayo óseo sobre la lesión.

Luxación de codo (Codo de Niñera)

Es la lesión que se produce por el intento del cuidador del niño para evitar que el mismo se caiga o para llevarlo tironeado para que camine más rápido, para levantarlo por un solo brazo, entre muchas otras; la tracción que se realiza sobre la muñeca y la articulación del codo hace que el ligamento anular del radio se desplace generando que la superficie articular del radio y el húmero pierdan su posición normal, perdiendo contacto, generando la imposibilidad del niño para la movilización del codo y dolor intenso.

El mismo debe ser llevado a posición normal por parte de un especialista en traumatología, que ya sea con una tracción sencilla lleve el codo a su posición normal. Si esta lesión se hace reiterativa puede requerir de solución quirúrgica.

Para evitar esta lesión se debe evitar la hiperextensión del codo, nunca se debe levantar a un niño por los brazos, debe ser tomado con ambas manos por el pecho si se desea levantar, caminar a una velocidad que el niño pueda ejecutar de igual manera: En algunas oportunidades es preferible que el niño se caiga y presente una lesión que no pasará de un hematoma leve, que hacer tracción sobre el codo generando una luxación de la articulación.

Esguinces

En los esguinces existe siempre el antecedente de una caída o torcedura y en algunas ocasiones un crujido en el momento de producirse. El área afectada aparece dolorosa e inflamada, con limitación de la movilidad y a veces equimosis (hematomas grandes).

El dolor es inmediato y localizado en la zona de la lesión. Los esguinces son muy poco frecuentes en los niños, debido a que los ligamentos son relativamente más fuertes que los huesos y mucho más fuertes que el cartílago de crecimiento. Si hay dolor y aumento de la sensibilidad local alrededor de una articulación tras un traumatismo, se debe examinar la articulación cuidadosamente con Rx para buscar fracturas o lesiones de la placa de crecimiento antes

de hacer el diagnóstico de esguince.

Dentro de la terapéutica se encuentra la inmovilización con férulas que limitan parcialmente la función del miembro. También es necesario el uso de analgésicos para control del dolor. La colocación de calor y frío sobre la lesión ayuda a la disminución del dolor y por ende a una curación más rápida.

Quemaduras

Las quemaduras son una causa importante de morbilidad infantil, constituyendo la tercera causa de muerte por accidente en menores de 14 años. Son más frecuentes en varones y con edades entre 2 y 4 años. La mayoría ocurren en el ámbito doméstico, un 80-90% son producidas por agentes térmicos¹⁰⁴.

Clasificación según su profundidad:

Primer Grado: son aquellas generalmente ocasionadas por la exposición prolongada al sol, en la cual se aprecia enrojecimiento de la piel, sin embargo la misma no cuenta con ningún otro tipo de lesión. Generalmente resuelven de forma espontánea a los 7 días, sin dejar cicatriz. Su tratamiento se basa en la lubricación de la piel con el uso de cremas hidratantes.

Segundo Grado: (superficial) generalmente ocasionadas por el contacto de líquidos a altas temperaturas, en ella hay destrucción de la epidermis y menos del 50% de la dermis. Clínicamente se aprecia como enrojecimiento de la piel, con flictenas (vesículas grandes con contenido líquido en su interior), generalmente curan sin dejar cicatriz a los 7-10 días.

Segundo Grado: (profunda) igualmente producida por líquidos a altas temperaturas, destruye la epidermis y más del 50% de la dermis, incluso con destrucción de las terminaciones nerviosas, por lo cual pueden ser menos dolorosas. Son de color rojo oscuro o blanco moteado. Por lo general son necesarios los injertos de piel para lograr su cicatrización, teniendo un riesgo alto de sobreinfección.

Tercer Grado: generalmente producida por la exposición a electricidad o a químicos industriales. Se afecta toda la piel, incluso con lesión muscular. La

piel se aprecia de color negro carbonizado. Para su tratamiento es imperativo el uso de injertos de piel, y generalmente deja cicatriz.

Heridas

Es la pérdida de la continuidad de la piel, la cual genera dependiendo de su profundidad lesiones que comprometen solo la piel, hasta lesiones profundas que penetran cavidades.

Las heridas superficiales pueden ser tratadas con primeros auxilios en casa, primariamente ejerciendo presión sobre el área para detener el sangrado. Luego realizar la limpieza del área con solución yodada (en caso de que el paciente no sea alérgico), solución bactericida, o agua oxigenada. Revisar cuidadosamente la herida en busca de retirar cuerpos extraños del área, y posteriormente taparla con un apósito o gasa. Debe ser llevado a un centro asistencial para corroborar que no necesite sutura, la administración de toxoide tetánico y el inicio de tratamiento antibiótico en el caso que fuere necesario.

Debe evitarse la colocación de sustancias como café en polvo, azúcar ya que los mismos detienen el sangrado, pero contaminan la herida, y retardando su cicatrización.

Las heridas profundas que comprometan cavidades deben ser inmediatamente a un área de urgencias médicas para su tratamiento inmediato.

Escoriaciones

Son las lesiones superficiales, donde sólo se lesiona la epidermis de la piel. Generan mucho dolor y son de color blanquecinas. Se puede apreciar la salida de un líquido ceroso que ayuda a la formación de costra.

Puede ser atendida en casa, mediante la limpieza del área con soluciones antisépticas y debe ser tapada con apósitos o gasas para evitar su contaminación con polvo o por deposiciones de animales voladores. No ameritan del uso de antibióticos si el área fue bien limpiada y se mantiene cura diaria de la lesión.

CAPITULO IV
CUIDADOS GENERALES BÁSICOS
PARA UN NIÑO



www.mawil.us

Unos adecuados hábitos personales de higiene son eficaces también para la prevención de la infección. Las personas que han contraído la gripe son más infectivas durante el segundo y tercer día tras haberla contraído y su capacidad infectiva se prolonga durante unos diez días. Los niños son especialmente infectivos (más que los adultos) y pueden propagar partículas víricas desde antes incluso de la aparición de sus síntomas, y hasta dos semanas después. Dado que la gripe se contagia a través de las gotas emitidas en aerosol con la tos, el estornudo e incluso con el habla, y a través del contacto con superficies contaminadas, es de especial importancia recomendar a la población que se cubra la cara cuando tosan o estornuden, así como el lavado frecuente de manos¹⁰⁵.

La desinfección de superficies está recomendada en las zonas en las que pueda depositarse el virus. El alcohol es un eficaz desinfectante del virus de la gripe y si se usa junto con sales cuaternarias de amonio se incrementa notablemente su eficacia. En los hospitales las sales cuaternarias de amonio y diversos compuestos halogenados, como el hipoclorito de sodio son habitualmente empleados para la desinfección de zonas sanitarias y equipamiento médico que han sido ocupados o usados por pacientes con síntomas de gripe¹⁰⁶.

Rutina de higiene corporal

Manos y Pies

Las manos constituyen un vehículo de transmisión de gérmenes a nuestro organismo. Estos gérmenes pueden entrar a través de la boca u otros orificios naturales, de la mucosa o de pequeñas lesiones en nuestra piel, a veces imperceptibles. Los niños han de mantener las manos limpias siempre, porque ellas se tocan la cara, los ojos, la boca, se cogen algunos alimentos y se toca a otras personas.

También, es importante la higiene de los pies debido a la mayor sudoración y escasa ventilación de esta zona que puede favorecerse la aparición de infecciones, fundamentalmente las producidas por hongos o papilomas.

Uñas

La uña, como parte de las manos deben mantenerse cortas y limpias. En ellas

pueden alojarse gérmenes causantes de infecciones y afecciones virales degenerantes de la salud infantil.

Es importante cuidar que tanto adultos como niños eviten llevarse las manos a la boca, con ello un hábito de chupar dedo o comerse las uñas dejan de ser el inicio de gripes, alergias entre otros.

Por lo anterior, las uñas limpias, no solo muestran una higiene y estética adecuada sino que elimina el riesgo de contacto con gérmenes y virus.

Oídos

Mantenerlos limpios y secos ha de ser el objetivo. Sin embargo, son un órgano delicado. Hay que evitar que les caiga agua, más aun, que quede agua en ellos pues son propicios y delicados con los hongos o infecciones.

Hay que cuidar la introducción de objetos extraños, para limpiarlos se hace necesarios objetos finos por su tamaño, aun cuando un hisopo es lo ideal según la costumbre muestra es esencial que se tengan hábitos de higiene sanos.

Los oídos deben permanecer protegidos por el cerumen que el mismo organismo produce para tal fin, la higiene debe mantenerse en el exterior del mismo. Introducir objetos en el oído medio para limpiarlos no es una práctica recomendada, por el contrario, dejan de proteger naturalmente el oído.

El conducto auditivo externo tiene un sistema de auto limpieza, de forma que el vello que lo recubre elimina el cerumen al exterior y no requiere de ningún tipo de higiene. Si se observa en el niño la existencia de secreciones, dolor, picor persistente o disminución de la audición se debe acudir a la consulta del pediatra.

Boca

El cuidado de la boca no se inicia con la aparición de los dientes como comúnmente se cree, sino que se inicia desde el nacimiento, los bebés no tendrán dientes, pero si encías que cuidar previniendo la aparición de infecciones e inculcando desde muy temprana edad el hábito de la limpieza bucal.

Cuidar las encías y posteriormente los dientes, no se limita solamente a un beneficio medico sino también psicológico, en general una boca sana tiene dientes sanos y una sonrisa bonita que nos brinda una buena apariencia elevando nuestra autoestima.

El recién nacido se alimenta utilizando su encía superior y encía inferior, conocidos también como rodets gingivales, que deben ser aseados luego de cada toma de leche utilizando una gasa mojada con agua con el fin de retirar los residuos de leche materna o leche de fórmula.

A partir de los 5 ó 6 meses cuando brotan los primeros dientes, éstos deben ser aseados con la ayuda de un cepillo de cerdas suaves y agua, cepillando los pequeños piquitos de sus primeros dientes, de tal forma que no queden adheridos a ellos restos de leche materna, leche de fórmula y comida. Es común que al erupcionar los dientes el tejido de las encías se inflame y tiendan a sangrar un poco, sobre todo luego del cepillado.

Conforme los niños crecen, su boca lo va haciendo también, tendrá más dientes y con la aparición de los primeros molares será necesario cambiar de cepillo de dientes, uno de cabeza más grande y alargado podrá alcanzar los rincones de los molares y dejarlos sin restos de comida, que para esta etapa estarán comiendo gran variedad de platos y golosinas también.

A los dos años de edad, los niños comienzan a independizarse, queriendo hacer todo solos, vestirse, comer, y hasta lavarse los dientes, por lo que muchas veces debido a su poca experiencia terminan haciéndolo de forma deficiente y trayendo como consecuencia la aparición de caries dentales; por tal motivo, los padres pueden dejar que los niños se aseen la dentadura solos, pero con la consigna que inmediatamente después los padres lo hagan para garantizar un buen cepillado.

No es recomendable el uso de pastas dentales hasta que el niño pueda asearse los dientes sin comérsela porque si el bebé o niño ingiere las pastas dentales estará ingiriendo el flúor que contiene, pudiéndole causar fluorosis en los dientes permanentes, que es una enfermedad originada por el exceso de flúor en el organismo.

Existen en el mercado pastas de dientes sin flúor, que podrán usar hasta que aprendan a no comerse la pasta dental mientras se asean los dientes, posteriormente, podrán usar pastas dentales para niños que tienen un bajo contenido de flúor minimizando el riesgo de tener exceso de flúor en el organismo.

Nariz

La mucosa nasal realiza la función purificadora del aire, filtrando y reteniendo las partículas extrañas que contiene. A la vez, durante la inspiración, la nariz proporciona al aire la temperatura y humedad adecuadas antes de llegar a los pulmones. Para mantener esta función es necesario eliminar el exceso de mucosidad. Si la mucosidad es muy abundante, pueden utilizarse unas gotas de suero fisiológico vertidas en cada fosa para facilitar su eliminación. El exceso de mucosidad puede afectar también al sistema auditivo.

Aparato sexual

Los sistemas reproductores femenino y masculino del ser humano están formados por diferentes órganos y permiten la reproducción para mantener nuestra especie en el planeta.

Ya que están formados por diferentes órganos, las medidas de cuidado son diferentes para cada uno.

La higiene corporal de los bebés es una cuestión de la que nos ocupamos los padres, aunque conforme van creciendo los niños y niñas adquieren cierta autonomía. Es importante una correcta higiene corporal para el desarrollo de la salud, y cuando se retira el pañal no debe descuidarse la limpieza de los genitales.

Higiene del sistema reproductor femenino

La limpieza de adelante hacia atrás previene que restos de las deposiciones se asienten en la vulva y proliferen las bacterias procedentes del intestino. Después de defecar hay que limpiarse bien, utilizando papel higiénico suficiente, de forma que no queden restos. Se les puede indicar que el último trozo de papel usado deberá quedar limpio. Mejor utilizar papel higiénico suave, sin olores ni colores.

No es necesario lavar la zona después de cada deposición. Además, a estas edades es complicado que puedan hacerlo sin ayuda ni se puede fuera de casa. Si se emplean toallitas húmedas, es conveniente que la última limpieza se haga con papel, para eliminar la humedad. Si la zona ano-genital está húmeda es más posible la aparición de hongos.

Cuando la niña hace pipí, se le puede pedir que separe las rodillas, de este modo es más fácil que la orina caiga directamente al inodoro sin mojar los genitales.

Después de limpiarse hay que lavarse las manos con agua y jabón, es un hábito es especialmente importante, puesto que con ella se evitan ciertas enfermedades infecciosas que se transmiten por vía oral-fecal a través de las manos.

Se deben cambiar las prendas íntimas todos los días, después del baño, o en caso de que se manche con restos de caca. Las braguitas han de ser de algodón.

Para la limpieza en la bañera o ducha se han de emplear productos suaves y no utilizar jabones fuertes, baños de espuma ni sales de baño, que podrían producir irritaciones en el área genital. Se recomienda jabón líquido de pH ligeramente ácido o neutro. No se recomienda utilizar esponjas para limpiar el área. Basta el lavado manual con agua y jabón, llevando cuidado al enjuagar para que no queden restos de jabón.

Después del baño, también se tendrá especial cuidado en secar la zona genital por la razón que hemos indicado anteriormente.

En definitiva, los genitales infantiles deben estar en continua observación también cuando se deja atrás el pañal, y debemos enseñar unos hábitos de higiene íntima para prevenir que puedan presentar alguna infección por falta de higiene.

Higiene del sistema reproductor masculino

En el caso de los niños se suele recomendar que se laven las manos tanto antes como después de orinar, ya que antes, al coger el pene con las manos corren el riesgo de traspasar las bacterias al miembro, y si se salpican de orina las

manos pueden llevar después restos a la boca si no se lavan.

Algunos padres consideran que el niño ha de secarse los restos de orina del pene con un poco de papel higiénico, aunque suele ser suficiente con tomarse el tiempo de dejar caer las últimas gotas al inodoro. En el caso de que se use papel, hay que cuidar que no quede ningún resto.

Después de defecar hay que limpiarse bien, utilizando papel higiénico suficiente, de forma que no queden restos de heces (el último trozo de papel usado deberá quedar limpio). Si se utilizan toallitas húmedas, conviene terminar limpiándose con un trozo de papel que seque la zona, pues no conviene que quede húmeda, porque podrían proliferar bacterias.

Inmediatamente después de ir al baño hay que lavarse las manos con agua y jabón; gracias a esta medida se evitan ciertas enfermedades infecciosas que se transmiten por vía oral-fecal a través de las manos.

Como los genitales están muy próximos a los orificios de salida de la orina y las heces, son una parte del cuerpo que requiere especial atención. Tanto la vulva como el pene tienen una serie de pliegues que hay que separar para lavarlos correctamente, ya que éstos facilitan la acumulación de restos de orina y secreciones diversas.

Cuando son bebés, no hay que intentar forzar la separación entre el glande y el prepucio, que puede tardar años en producirse. En los niños circuncidados la separación ya se ha producido por la intervención.

El prepucio es la piel que recubre el pene, y el glande es la cabeza del pene. Conforme crecen los niños, habitualmente se produce la separación de forma natural y al lavar en la bañera o ducha a un niño a partir de los tres o cuatro años se puede retirar la piel del prepucio cuidadosamente, si este ya está más suelto, para limpiarlo.

Se deben cambiar las prendas íntimas todos los días, después del baño, o también en caso de que se manche con restos de orina o de caca. Es recomendable que los calzoncillos sean de algodón y no de materiales sintéticos, y que no sean ajustados, como no deben serlo los pantalones.

Aunque los varones generalmente presentan pocas molestias, son indicativos de problemas y de que hay que acudir al pediatra si aparece picazón, pequeños granos, ardor o irritación en el glande o prepucio. Como en el caso de las niñas, toda secreción extraña puede ser resultado de una infección, así que también debe ser consultada con el médico.

Siguiendo todos estos consejos de higiene íntima en los niños y enseñándolos a ocuparse de su aseo personal correctamente, pero sin prisas, los pequeños irán consolidando estos hábitos fundamentales para su salud.

Vacunación

Desde el nacimiento y hasta los 14 años de edad, todos los niños deben vacunarse, para evitar padecer determinadas enfermedades, así como sus consecuencias y complicaciones.

Las vacunas son productos biológicos que sirven para prevenir enfermedades infecciosas cuando nuestro organismo desarrolla defensas específicas contra ellas. Para enseñar al sistema inmunológico a defenderse, la vacuna contiene, en general, parte del microorganismo causante de la enfermedad o el germen entero, pero muerto o debilitado. Por eso, debes vacunar a tu hijo.

Cada país sigue un cronograma de vacunación según su política de salud y las necesidades de la población, pero en líneas generales las siguientes son las principales vacunas que deben administrarse a un niño desde el momento de su nacimiento:

La primera vacunación infantil se aplica en el centro sanitario donde ha nacido el bebé. Allí recibirá su primera dosis de la vacuna contra la Hepatitis B. A partir de esta fecha, las vacunaciones se irán administrando a los 2 meses de edad, a los 4 meses, 6 meses, 12 meses, 18 meses, 4 años, 6 años, 12 años y 14 años.

Todos los niños deberán recibir las siguientes vacunas:

- Vacuna antihepatitis B (HB).
- Vacuna frente a difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTPa/Tdpa).

- Vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI).
- Vacuna conjugada frente al *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).
- Vacuna conjugada frente al meningococo C (MenC).
- Vacuna conjugada frente al neumococo (VNC).
- Vacuna frente al sarampión, rubeola y parotiditis (SRP).
- Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH).
- Vacuna frente al rotavirus (RV).
- Vacuna frente a la varicela (Var).
- Vacuna antigripal (Gripe).
- Vacuna antihepatitis A (HA).

La mayoría de las vacunas con una o varias dosis protegen del padecimiento de la enfermedad para toda la vida. Otras como el tétanos y la difteria, necesitan dosis de refuerzo para recuperar la protección adecuada.

Qué tipo de reacción producen las vacunas en los niños:

Como cualquier medicamento, algunas vacunas pueden producir alguna reacción en el bebé. Las más frecuentes son de tipo local, y se refieren al dolor, inflamación o enrojecimiento en el lugar de la inyección. En algunos casos, puede aparecer un poco de fiebre, normalmente moderada.

Algunas recomendaciones Caseras

Más allá de las recomendaciones que pueda ofrecer como profesional de la salud, existen aquellas indicaciones que como madre y miembro de una familia han pasado de generación en generación, para aliviar algunas de las molestias y cuidados más comunes para los pequeños de nuestra casa, siendo lo mejor que puedes prepararlos con artículos que quizás estén en tu propio hogar.

Chichones: Inmediatamente después del golpe, lo primero es frenar el chichón. Aplícale un poco de hielo, un clásico ideal para la casa.

Ecemas: Esas molestas zonas rojas en la piel que aparecen y desaparecen rápidamente. En este caso debes recurrir a productos naturales con facultades cicatrizantes. Pon a hervir una docena de hojas de laurel en una olla grande. Deja que se enfríe y viértelo en la bañera del bebé. Antes del baño, procura lavar

bien la bañera.

Hipo: No le hagas tomar un gran vaso de agua, y dejar de respirar lo podrá hacer de grande. Para que se le pase, puedes probar con endulzar su tetina con un poco de azúcar. O también puedes poner en tu dedo una pequeña gota de limón y pasarla por sus labios.

Pompas irritadas: Recurre a productos naturales con facultades calmantes. Coloca algunas hojas de camomila en agua hirviendo para hacer una infusión. Filtrala y déjala enfriar. Una vez fría, aplícala sobre la piel del bebé con un algodón. La maicena también resulta un gran aliado.

Aliviar la tos: Si nuestro bebé o nuestro niño tosen constantemente, y tiene una tos seca, esta puede llegar a irritarles mucho la garganta. Por lo tanto, el consejo de la abuela es totalmente acertado. Beber grandes cantidades de agua cuando se tiene tos seca le será muy bueno porque aliviaremos el dolor y la sequedad, a la vez que haremos que las posibles mucosidades se disuelvan y puedan eliminarse más fácilmente.

Otro remedio muy conocido de la abuela es poner un medicamento mentolado en el pecho para ayudarle a respirar mejor y sentirse menos congestionado. No obstante, opta porque el niño beba agua antes de aplicarle cualquier otro medicamento y consulta con tu pediatra o farmacéutico qué puedes darle a tu bebé para calmarle la tos si el agua no es suficiente.

Caldo de pollo para el resfriado: cada vez que nos encontramos mal y empezamos a sentir que nos podríamos haber resfriado automáticamente pensamos en tomarnos una sopa o caldo de pollo en cuanto lleguemos a casa. Esto es porque seguramente nuestras abuelas nos han aconsejado en muchas ocasiones que tomar este alimento será una manera excelente de hacer frente al resfriado.

La sopa o caldo de pollo, debido a los ingredientes que la componen, contiene una gran cantidad de hierro, zinc, vitaminas y nutrientes que ayudarán a los niños y bebés a hacer frente al resfriado mejorando su sistema inmunológico. Sin embargo, no debes solamente alimentar a tu hijo a base de caldo de pollo si crees que podría sufrir un resfriado, porque probablemente si no lo tratamos a tiempo hará que enferme mucho más. Podría cenar un caldo de pollo calentito y

posteriormente acudir al pediatra.

Sueros

El suero fisiológico es una mezcla de agua con sal (componente químico también llamado Cloruro Sódico) disuelta a temperatura ambiente y que se utiliza, por ejemplo, para limpiar el cuerpo del bebé para mayor cuidado de su salud. Al ser un medicamento natural puede utilizarse en zonas más sensibles como los ojos, las orejas o la boca y el resto del cuerpo del más pequeño.

Además, puede suministrarse por vena, para que llegue directamente a la sangre y ayude al cuerpo del bebé y de los adultos a recuperar su estado natural, según las órdenes e instrucciones de un médico si ha pasado por un gran período de pérdida de sus sales naturales. Nuestro cuerpo contiene ambos componentes (agua y sal), por lo que nos ayuda a recobrar nuestros niveles naturales en situaciones durante las cuales hemos perdido muchos de ambos componentes: como con las diarreas, el sudor o la deshidratación.

El suero fisiológico es muy útil para limpiar la nariz de los bebés y niños pequeños.

Este suero es natural y por eso recibe el nombre de fisiológico, ya que ayuda también a procesos de fecundación in vitro manteniendo a los embriones y ayudando en su cuidado y desarrollo normal.

El suero fisiológico tiene varios usos para el cuidado del bebé, pero es conveniente que hables primero con el pediatra o farmacéutico antes de suministrarlo a tu bebé. Debes tener en mente que no deja de ser algo que le estamos aplicando sobre su cuerpo y que, como todo, puede reaccionar de una manera distinta de persona a persona. Además, su cuerpo está todavía formándose, por lo que no es tan fuerte como el de un adulto.

El suero fisiológico se ha utilizado desde hace muchos años y es una solución natural, en comparación con muchos otros medicamentos, pero nunca está de más que pidamos consejo a un profesional antes de utilizarlo. Sobre todo, en el caso de las madres primerizas, que todavía no se sienten del todo seguras antes de tomar según que decisiones sobre la salud de su bebé.

Podemos utilizar el suero fisiológico para deshacer la mucosidad más enganchada de la nariz del pequeño. Al ponerlo dentro de una pera y entrar a presión en los agujeros de la nariz ayudaremos a reblandecer la mucosidad haciendo que le sea más fácil al bebé sonarse, limpiar el conducto y deshacerse de ella, con tal de poder respirar mejor.

Con suero fisiológico también podemos limpiar las heridas que puedan hacerse los niños. Cuando el bebé tenga una herida leve o una pequeña rozadura causada por el calor o por la ropa podemos aplicarle suero fisiológico para limpiar la zona y aliviarle un poco del dolor o el escozor que puedan estar sintiendo. Sin embargo, si ves que podría ser una alergia, el bebé sigue llorando a causa del dolor o la herida no se está curando adecuadamente deberás acudir al médico lo antes posible con tal de encontrar el tratamiento adecuado para lo que esté sufriendo el pequeño.

Con el suero fisiológico también podremos lavar los ojitos del bebé, pero deberemos poner mucha atención en hacerlo como el médico o el farmacéutico nos aconseje. Si tenemos dudas de cómo utilizar el suero fisiológico ellos serán quienes nos darán las mejores respuestas y además nos ayudarán a cuidar mucho mejor de nuestro bebé.

Podemos comprar el suero fisiológico en botellas convencionales, en botes de spray para una más fácil aplicación en la nariz del bebé y sobre las posibles rozaduras que pueda tener en el cuerpo, o con un bote de cuentagotas para poder aplicárselo más fácilmente en los ojos o en las heridas.

Detenimientos de sangrados

La sangre circula por los vasos sanguíneos de nuestro organismo y es la encargada de transportar el oxígeno y los nutrientes a todas las partes de nuestro cuerpo. En las hemorragias importantes, la sangre sale de los vasos y se pierde esta función de transporte, produciendo una situación muy grave. Esto es especialmente importante en los niños, ya que tienen menos cantidad que los adultos y en poco tiempo pueden perder mucha sangre.

Por eso, debemos ser capaces de detener una hemorragia al principio de producirse para evitar llegar a esa situación.

Tipos de hemorragias:

Cuando nuestros hijos sufren accidentes en forma de golpes o caídas, esa sangre que habitualmente está contenida en los vasos sanguíneos (venas, arterias y capilares), puede salir y produzca una hemorragia. Así pues, tendremos 3 tipos de hemorragias:

- ***H. Externa:*** Será aquella que podemos ver. La típica que se produce cuando nos hacemos una herida.
- ***H. Interna:*** Es aquella que no vemos. Se produce por golpes o contusiones que producen heridas en el interior del cuerpo. Es más peligrosa que la anterior porque puede pasar desapercibida.
- ***H. Interna exteriorizada:*** Es como la anterior, se produce en el interior del organismo, pero la vemos porque sale al exterior mediante los orificios naturales de nuestro cuerpo: nariz, oídos, boca, ano o genitales.

Por otro lado, en función del vaso sanguíneo que se haya roto, tendremos hemorragias de tipo arterial, venoso y capilar. Las más peligrosas son las de tipo arterial, porque en las arterias la sangre fluye a mayor presión y la hemorragia puede ser más importante que en las venosas o capilares. En este artículo nos vamos a centrar en la actuación ante hemorragias externas.

Lo primero que tienes que hacer cuando tu hijo está sangrando por una herida, es intentar tranquilizarle. La sangre es muy llamativa y con muy poquita cantidad que salga puede parecer que se ha sangrado muchísimo, así que suelen ser situaciones de mucho nerviosismo. Así que mientras intentas detener el sangrado, procura hablarle de forma tranquila y explicándole en todo momento lo que vas a hacer.

La primera medida para que una herida deje de sangrar es la compresión directa en la zona de sangrado. Lo ideal es hacerlo mediante gasas, pañuelos o paños limpios, aunque si la situación no lo permite deberemos comprimir con aquello que tengamos más cerca, o incluso con nuestras manos si no tenemos nada que usar. Las hemorragias pequeñas suelen controlarse bien comprimiendo durante unos minutos.

Si el sangrado es importante y no cede tendrás que tumbar, al niño, tendrás

que continuar comprimiendo la herida y añadir gasas encima de las que estén empapadas sin retirar las que hemos puesto previamente. Esto último es muy importante, porque si retiráramos las primeras gasas, podríamos eliminar el coágulo natural que se está formando en la herida, con lo que aumentaría la cantidad de sangre que está saliendo.

Si no cede mediante la aplicación de presión, puedes aplicar un vendaje compresivo, con vendas elásticas de algodón o de gasa. Es un material barato y que todos podemos tener en el botiquín de nuestras casas.

Si el sangrado es en un brazo o una pierna y no existe fractura, se recomienda elevarlo para así disminuir la fuerza con la que llega la sangre a la extremidad y ayudar a controlar el sangrado.

Si todo lo anterior no funciona podemos intentar una compresión de la arteria principal, para disminuir el riego sanguíneo en el brazo o pierna afectada. Esto se hace buscando la arteria principal del brazo (bajo el músculo bíceps) o de la pierna (en la zona inguinal o parte interna del muslo).

Normalmente mediante compresión, vendaje compresivo y elevación de la extremidad afectada, suelen solucionarse la mayor parte de hemorragias externas en 10-15 minutos.

El torniquete: La aplicación de un torniquete es una medida muy agresiva que sólo debe hacerse en situaciones en las que han fallado todos los intentos de controlar una hemorragia en una extremidad por otros medios. Se puede realizar con telas, gomas o cualquier otro material que comprima fuertemente, cortando así toda la circulación que recibe el brazo o la pierna.

En la actualidad, prácticamente solo se recomienda hacerlo en casos extremos en los que es imposible controlar el sangrado de otro modo, o en caso de amputación de algún miembro.

Si la hemorragia es pequeña, cederá enseguida que apliques presión y si está ocasionada por una herida simple, no será necesario en principio que acudas a un centro sanitario y la podrás curar en casa.

Primeros Auxilios

Los primeros auxilios son los cuidados o la ayuda inmediata, temporal y necesaria que se le da a una persona que ha sufrido un accidente, enfermedad o agudización de esta hasta la llegada de un médico o profesional paramédico que se encargará, solo en caso necesario, del trasladado a un hospital tratando de mejorar o mantener las condiciones en las que se encuentra.

Dicha situación no escapa a los infantes, para tal caso, es necesario que los padres o primer respondiente (primera persona que decide participar en la atención de un lesionado), estén informados acerca de cómo tratar al niño en determinada situación.

Las emergencias más comunes en los niños suelen ser que el pequeño se atragante, se asfixie, le de fiebre, dolor de cabeza, le salga un sarpullido, le dé vómitos, diarreas, se caiga y se golpee en la cabeza o cualquier otra parte del cuerpo, se corte, rasguñe, se roce, tenga sangrado nasal, entre otros.

Tener unas nociones sobre los Primeros Auxilios del bebé es fundamental cuando tienes hijos. Nunca se sabe lo que puede pasar y, a veces, saber cómo reaccionar en los primeros minutos antes de acudir al hospital es muy importante. Según informa Cruz Roja, saber actuar con eficacia y rapidez en caso de accidentes ayuda a salvar muchas vidas.

Trataré de plasmar de manera sencilla y digerible para todo público, en especial para padres, lo básico que debemos hacer ante una emergencia con un niño para prestarles nuestros primeros auxilios.

¿Cómo debemos actuar para ayudar a un bebé o a un niño que ha sufrido un accidente?

Lo primero a tener en cuenta es que cuando se trata de una situación en la que está involucrado nuestro hijo, un sobrino, un primo o un nieto, los nervios nos pueden jugar una mala pasada. Es necesario evaluar la situación con rapidez, observando el escenario donde ha ocurrido el accidente.

Esto nos puede hacer entender lo que ha ocurrido y actuar debidamente. Por

ejemplo, en el caso de una quemadura, se puede identificar rápidamente el foco de calor cercano al niño, o cuando se ha dado un golpe, seguramente a su lado habrá un objeto que nos haga sospechar tal circunstancia.

¿Qué NO debemos hacer?

Como norma general, nunca debemos realizar técnicas que no conozcamos. Y, sobre todo, evitar perder la calma. Por eso, antes de actuar sin sentido, es esencial pedir siempre la ayuda o la colaboración de alguien que esté cercano a nosotros.

Analicemos de seguida algunos casos:

Un niño no puede llorar, ni toser:

Es posible que cualquier objeto pueda estar obstruyendo sus vías respiratorias y el niño no pueda respirar. Ante esta situación, debemos actuar para restablecer la respiración de forma inmediata. Los pasos a seguir son: si el niño puede toser o tiene arcadas, hay que dejarle hasta que se produzca la expulsión del cuerpo extraño.

Pero, si el niño no puede toser, hay llamar a los servicios de emergencias médicas (esta acción la puede hacer cualquier persona), mientras iniciamos la técnica de dar unos golpes en la espalda del niño. En el caso de estar solos con el niño, primero realizaremos los golpes en la espalda, acompañados de compresiones torácicas durante un minuto, e intentaremos insuflar aire. A continuación, llamaremos a emergencias.

Falta de respiración por reacción alérgica:

En este caso, avisar inmediatamente emergencias, o si hubiera un servicio de urgencias cercano, acudir sin demora. Probablemente, se puede tratar de una inflamación de las vías aéreas del niño, provocada por una reacción anafiláctica (alérgica), sobre todo cuando se está en espacios abiertos, y todavía no sabemos que el niño puede ser alérgico a las picaduras de algunos insectos como las avispas o abejas.

En el caso de quemaduras

En primer lugar, enfriar la herida cuanto antes con agua fresca y corriente durante 15 o 20 minutos hasta que el dolor remita. Se deben retirar las ropas del bebé o del niño, así como todos los objetos que le puedan comprimir o le hagan retener calor (anillos, pulseras, relojes...) y aplicar apósitos, gasas o pañuelos mojados después de haber enfriado la quemadura. Después, se aplicará un antiséptico para evitar la infección. Nunca se deben romper las ampollas, ni aplicar pomadas o ungüentos en el primer auxilio. Tampoco se debe enfriar la quemadura con agua muy fría.

Ante un golpe

Las lesiones por golpes o traumatismos pueden ser muy variadas: contusiones, esguinces, luxaciones, fracturas de huesos y afectar a muchas estructuras: cráneo, columna y extremidades. En general, como primera medida, conviene aplicar frío local encima de la lesión. Si se aplica hielo, siempre protegido, nunca directamente ni más de 20 minutos. Evitar movilizar al accidentado: si ha sido en una pierna, evitar que la apoye; y si ha sido en un brazo, procurar que lo mantenga pegado al cuerpo. Conviene recordar que, en todas las lesiones óseas, los síntomas pueden aparecer más tarde y un mal criterio de actuación puede producir una lesión mucho más importante.

Intoxicaciones

En principio, no se debe provocar el vómito, pues si la intoxicación está producida por un producto de limpieza, por ejemplo, puede hacer daño al entrar y también al salir. Conviene recoger una muestra del tóxico y llamar a emergencias o acudir inmediatamente a Urgencias.

Sin importar donde estés o quién eres, es necesario tener la confianza suficiente en tu propia capacidad para hacer frente a este tipo de situaciones. Los primeros auxilios son sin duda una herramienta muy poderosa que todos los padres y madres del mundo deberían tener en sus vidas.

Limpieza de heridas

Aunque sean pequeños tener poca movilidad, los bebés no están exentos de sufrir lesiones, pequeñas heridas, rasguños o golpes. Porque nunca sabemos qué puede llegar a pasar, lo mejor es estar preparado ante cualquier situación y saber cómo curar heridas a un bebé.

Una vez que se ha producido la herida, no hay que alarmarse. Lo primero será comprobar cómo es la herida y lavarse bien las manos antes de actuar. Si la herida del bebé es superficial, no existe gravedad y no sangra, o lo hace poco, habrá que proceder a lavar la herida con agua y jabón suave, para evitar que se infecte. Este proceso se llevará siempre a cabo, sin frotar. Cuando la herida haya quedado limpia, procedemos a secarla bien. Posteriormente, puedes optar por taparla con una tirita, gasa o venda.

Recuerda que las tiritas normales, suelen despegarse fácilmente al entrar en contacto con el agua, por lo que puedes optar por adquirir tiritas especiales para niños, más resistentes al agua, que quedarán pegada a su piel por más tiempo.

Es conveniente que limpies la herida y cambies el apósito a menudo, hasta que la herida cierre o cicatrice.

Si en cambio, la herida es más profunda o presenta sangre abundante, lo primero será colocar una gasa limpia sobre la herida, presionando firmemente para detener la hemorragia. Si puedes, eleva la zona de sangrado por encima del pecho del bebé, para reducir el flujo sanguíneo. Si no es muy profundo el corte, en pocos minutos dejará de sangrar.

Ahora bien, si la herida se ha producido en el labio, la mejor forma de cortar el sangrado es colocando un cubito de hielo envuelto en un trapo limpio. Si la herida mide más de 3 mm, lleva al niño al médico. Si compruebas que se ha dado en el frenillo, enjuaga su boca, para limpiarla bien y comprobar si se le ha partido. Presiona la herida con una gasa empapada de suero fisiológico y si lo ves necesario acude al pediatra.

Preparación de un botiquín

Qué debe contener un botiquín de primeros auxilios: el botiquín debe ser una caja o bolsa hermética, que se pueda transportar. Si hay niños en la casa debe colocarse en un lugar elevado o cerrado con llave. Todos los miembros de la familia deben saber dónde está, incluso los niños, por si tienen que decírselo a un adulto.

Un botiquín no contiene medicamentos. Es diferente del pequeño dispensario que también tenemos en casa con el termómetro, el aparato de tensión, las aspirinas... El único uso del botiquín debe ser atender una pequeña emergencia: heridas, golpes, atragantamientos...

Según Cruz Roja Española, 2008¹⁰⁷ un botiquín de primeros auxilios debe contener los siguientes utensilios: Tijeras de puntas redondeadas: para cortar vendas o ropa, cuchillo pequeño o navaja: por si hay que perforar un bote o un objeto resistente, pinzas sin dientes: para extraer cristales, pinchos, pequeños objetos.

Material de protección: Sirve para proteger a la persona que hace la cura del contacto con sangre, saliva, y otros fluidos. O para no contaminar heridas y cortes. heridas. Éstos deben ser:

- Toallitas con alcohol: con ellas desinfectamos nuestras manos antes de tocar una herida. Estas toallitas NO sirven para desinfectar.
- Guantes de látex o vinilo: para realizar curas.
- Mascarilla de protección facial: por si hay que hacer la respiración boca a boca.

Para curas de golpes, heridas y cortes

- Suero fisiológico: Sirve para lavar las heridas y eliminar la sangre, tierra y suciedad, antes de curarlas.
- Agua oxigenada: alternativa al suero fisiológico.
- Antiséptico: Para prevenir infecciones. Hoy en día se utiliza la povidona yodada (Betadine, Iodina, Topionic, etc.), el equivalente a la clásica

mercromina, que aún se vende. No suministrar a bebés.

- Gasas: para cubrir las heridas.
- Algodón: para limpiar pequeñas heridas.
- Esparadrapo: sujeta las gasas y vendajes.
- Tiritas: para heridas pequeñas.
- Inmovilización y hemorragias:
 - Se usan para inmovilizar una articulación en caso de rotura, o taponar una hemorragia.
- Pañuelo triangular: muy útil para fabricar un cabestrillo y sujetar un brazo o una pierna rota.
- Vendas hemostáticas: taponan y detienen las hemorragias.
- Vendas comunes: para proteger las vendas hemostáticas, taponar una herida, cubrir quemaduras, inmovilizar una extremidad, y otros muchos usos.

Se trata de productos baratos y fáciles de conseguir en cualquier farmacia.

Merece la pena tener un botiquín de primeros auxilios en casa o en el auto. Aunque lo utilices poco, en los momentos tensos cuando lo necesitas te evitará una preocupación adicional, y te sacará de más de un apuro.

Conclusiones

Una de las decisiones más importantes de mi vida fue convertirme en enfermera, pienso que la enfermería es uno de los trabajos más complejos que existen dentro de las ciencias de la salud, ya que además de conocimientos requiere dedicación y una verdadera vocación para ayudar a los enfermos, somos las enfermeras (os) quiénes estamos más en contacto con los pacientes que los propios médicos, es un trabajo de vocación y lleno de amor por el prójimo. Otra de esas decisiones maravillosas e importantes de mi vida, fue la de ser madre, la mejor etapa de mi vida como ser humano, en donde pude poner en práctica todos esos conocimientos médicos adquiridos previamente y toda la experiencia como profesional de la salud, pero no sólo eso, fue una escuela en la que aprendí a tener más sensibilidad y empatía con el paciente pediátrico y sus padres.

Éste libro es el aporte que ofrezco cómo madre y enfermera a todo tipo de público, en especial a estudiantes de enfermería, enfermeras (os) y padres de

familia, en donde se reúnen conceptos básicos del área de la Enfermería, su historia, todas las especialidades que la misma incluye y un gran espacio dedicado a la Enfermería Pediátrica y lo que a cuidados de los niños se refiere.

El diseño del sistema de enfermería permite potencializar el desarrollo de autocuidado, incrementando el conocimiento y la habilidad de esta para atender las necesidades del niño enfermo, para esto se debe tener una gran experiencia en el área que nos permita abordar y tratar adecuadamente la problemática desde la perspectiva de la enfermería, entendiendo que no es un trabajo fácil de concluir ya que se debe establecer la relación Enfermera-Paciente-familia. Desarrollando o descubriendo necesidades que requieren la intervención de los profesionales de enfermería.

La actuación de enfermería se convierte en una pieza clave de la asistencia médica puesto que con frecuencia va a ser el primer profesional sanitario en atender al paciente. La formación en el reconocimiento y en las medidas terapéuticas de urgencia debe formar parte de los programas a implementar dentro de cualquier estructura sanitaria, en el presente texto hemos realizado un recordatorio sobre el perfil, rol, especialidades y reglas de seguridad básicos para la enfermería, así como la definición y clasificación de los principales trastornos en urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Estableciendo aquellos puntos básicos que creemos indispensables para la atención urgente en cualquier circunstancia, creando un área de seguridad que permite nuestra actuación sin interferencias.

Además, en el medio hospitalario o en el centro de salud las indicaciones deben extenderse a todas aquellas actuaciones de enfermería que favorezcan la coordinación con otros departamentos (médicos, auxiliar de enfermería, personal administrativo, etc.) con adjudicación de tareas específicas para cada uno de ellos para así garantizar la mayor eficiencia de una emergencia.

Es importante que tanto el personal de enfermería, como todo aquel que esté en contacto regular con niños, maestros, cuidadores, padres... sepan qué hacer a la hora de una emergencia o simplemente sepan impartir al niño el cuidado que necesita y que lo mantendrá saludable, éste libro representa un aporte en la información necesaria para el profesional de enfermería en su área de desarrollo

y para el cuidado básico de niños, no sólo en el área de la salud sino en el hogar o donde el infante lo requiera.

Es importante el reconocimiento que merecemos los profesionales de la enfermería ya que somos quienes garantizamos que el paciente vuelva a casa con los conocimientos y habilidades necesarios para conservar su salud. Los que ayudamos a las personas a aceptarse y adaptarse a sus nuevas situaciones de salud. Las que acompañamos al final de la vida. Las que buscamos los recursos y herramientas necesarias para el paciente adquiera la autonomía suficiente en su autocuidado. Profesionales que atendemos mucho más que la salud, sobre todo en el área pediátrica donde más allá de aplicar un tratamiento o practicar un cuidado, brindamos amor a través de nuestras acciones y más allá somos madres, padres, hermanas y seres humanos con un gran valor en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA



www.mawil.us

1. Hernández A, Guardado C. La enfermería como disciplina profesional holística. Revista Cubana de Enfermería. 2004 Ago; 20(2): p. 5-9.
2. Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual medels of nursing. 1st ed. EUA: Davis Company; 1984.
3. Tomey Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 4th ed. Madrid: Harcourt; 2000.
4. Lagoueyte M. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Revista de la Universidad Industrial de Santander. 2015 Abr; 47(2): p. 209-213.
5. Adam HM. Atención primaria en pediatría. 4th ed. México: Oceano; 2004.
6. Torres Esperón J. Definición de funciones de enfermería por niveles de formación: propuesta para el sistema de salud cubano. Doctor en Ciencias de una Especialidad. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2006 Junio 15.
7. Algarín Fiesta M, García Fernández A, Lago Barron A. Salud Laboral. Un debate permanente Madrid: SATSE; 1998.
8. Zabalegui Yárnoz A. El rol del profesional en enfermería. Aquichán. 2003 Oct; 3(3): p. 16-20.
9. American Nurses Association. Nursing: A social policy statement. 1st ed. Kansas City: MO; 1980.
10. Henderson V. The nature of nursing. 1st ed. New York: McMillan; 1955.
11. Sarría A, Villar F. Promoción de la salud en la comunidad. Madrid: Editorial UNED; 2014.

12. Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es España: Elsevier; 1990.
13. De Pedro-Gómez JE. De la práctica basada en la evidencia a la práctica avanzada en enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2015 May; 23(2): p. 62-65.
14. Ernest de Pedro Gómez J, Artigues Vives G. Los profesionales de enfermería soportan los modelos organizacionales, los pacientes los sufren. *Revista de enfermería basada en la evidencia*. 2008 Abr; 2(23): p. 97-102.
15. Escobar Gimenes FR, Marques TC, Cardoso Alux Teixeira T. Administración de medicamentos en vías diferentes de las indicadas en la prescripción médica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 Feb; 19(1): p. 1-7.
16. Benjamin D. Reducing medication errors and increasing patient safety: case studies in clinical pharmacology. *J Clin Pharmacol*. 2003 Ene; 43(1): p. 768-783.
17. Otero López M. Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos en los hospitales. *Revista española de salud pública*. 2004 Jun; 78(3): p. 323-339.
18. Machado de Azevedo Filho F, Soares Martins I, Rodrigues Silva Soares C. Administración de medicamentos: conocimiento de los enfermeros del sector de urgencia y emergencia. *Enfermería Global*. 2012 Abr; 11(26): p. 54-69.
19. Soto TL. <https://prezi.com/urizl0g271uu/clasificacion-del-paciente-pediatrico-por-grupos-etarios-peso-al-nacer-y-edad-gestacional/>. [Online].; 2016 [cited 2018 abril 20. Available from: <https://prezi.com/urizl0g271uu/clasificacion-del-paciente-pediatrico-por-grupos-etarios-peso-al-na>

cer-y-edad-gestacional/.

20. Blanco AE. Canto a los hijos Caracas: Ediciones Sierra Madre; 1968.
21. Dorothy R M. Enfermería pediátrica. 4th ed. México: Interamericana; 1975.
22. Revista Cubana de Enfermería. La Enfermería Pediátrica en los cuidados para la salud infantil. Rev Cubana Enfermer. 2012 Jun; 28(2): p. 1-2.
23. García Callejo V, Domínguez Pérez L. Enfermería pediátrica versus Enfermería de familia; opiniones de los profesionales y los padres de los niños de San Sebastián de los Reyes (Madrid). Pediatría Atención Primaria. 2012 Nar; 14(53): p. 27-30.
24. Hübner M, Juárez M. Test de Apgar. Después de medio siglo ¿sigue vigente? Revista médica de Chile. 2002 Agos; 130(8): p. 8-12.
25. Goldenberg R, Huddlenton J. Apgar score and umbilical pH in preterm newborn infants. Am J Obstet Gynecol. 1984; 149(1): p. 651-653.
26. Ventura Laveriano W. Validez de la evaluación posnatal de la edad gestacional: estudio comparativo del método de Capurro versus ecografía de las 10+0 a 14+2 semanas. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015 Jun; 61(2): p. 115-119.
27. Jubiz A, Bustamente N, Gómez Á. Protocolo del control del proceso reproductivo Medellín: SUSALUD; 1999.
28. Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C. Clasificación de los niños recién nacidos. Rev Mex Pediatr. 2012 Feb; 79(1): p. 32-39.
29. Maldonado Velez G. REFLEJOS Y DESARROLLO PSICOMOTOR Samborondón: Universidad de Especialidades Espíritu Santo; 2014.

30. Bernad  M, Dall'Orso P, Fernández G, González E, Dallo M, Caperchione F. Características de una población de niños hospitalizados con condiciones de salud pasibles de cuidados paliativos pediátricos. *Revista Médica del Uruguay*. 2011 Jul; 17(4): p. 220-227.
31. Moyano G, Sosa R. Reingreso de los Niños de 1 a 3 meses al servicio de pediatria del Hospital Perrupato. San Martín Mendoza. Tesis. Mendoza: National University of Cuyo, Escuela de Enfermería; 2011 Aug.
32. Gracia D, Jarabo Y, Espíldora N. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Medicina clínica*. 2001 Jul; 117(5): p. 179-190.
33. Molina I, Caballero N, Reyes A. Enfermería pediátrica. 4th ed. México: El Manual Moderno; 2017.
34. Esperanza E, Castellanos L. Valores humanos y el ejercicio profesional de enfermería en el área de cuidados intensivos pediátrica. *Enfermería Global*. 2008 Ene; 7(1): p. 1-7.
35. Aguilar Cordero MJ. Tratado de enfermería del niño y el adolescente : Cuidados pediátricos. 2nd ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
36. Wilson D. Wongs nursing care of infants and children. 9th ed. Missouri: Elsevier; 2011.
37. Kl ver Arregui S. Manual de pediatria. 1st ed. Guaranda: Multicolor; 2007.
38. Jacox A. Un problema subestimado en enfermería: la influencia que ejerce sobre la atención al paciente el bienestar económico y social de la enfermera. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 1979 Feb; 32(1): p. 8-19.
39. Perry SE. Maternal child nursing care. 3rd ed. Missouri: Elsevier; 2006.

40. Sacharin RM. Enfermería pediátrica. 2nd ed. Madrid: Interamericana; 1989.
41. Pubillones Valdivia E, Marín Hernández T, Rodríguez Quesada L, Olivera Ríos N, Santana Curbelo J. Atención Integral de enfermería a niños con afecciones neurológicas crónicas. Revista Cubana de Enfermería. 2002 Dic; 18(2): p. 154-159.
42. Cabañero Molina JC, Espí MdIT. Convulsiones Madrid: Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; 2011.
43. Mosby. Diccionario Madrid: Harcourt; 2000.
44. Sebben Pasa T, Tânia Solange BDSM, De Souza Urbanetto J. Evaluación del riesgo e incidencia de caídas en pacientes adultos hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017 Ene; 25(1): p. 1-8.
45. López T. J. La epilepsia en la infancia. In Villarejo O. F. Tratamiento de la epilepsia. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A; 1998. p. 95.
46. Padilla Liendo UR. Clasificación de la marcha hemipléjica utilizando las características difusas de los indicadores cinemáticos en tobillo, rodilla y cadera. Interciencia. 2016 Sep; 41(9): p. 633-638.
47. Aguilera A, Subero A. Modelos de clasificación en marcha patológica usando árboles de regresión logística. Multiciencias. 2011 Feb; 11(1): p. 310-318.
48. Moreno A, Gutiérrez E. Consideraciones para el análisis de la marcha humana. Técnicas de videogrametría, electromiografía y dinamometría. Ing. Bioméd. 2008 Dic; 2(3): p. 16-26.
49. Fisio Oline. Conoce los diferentes tipos de marchas patológicas. [Online].;

- 2016 [cited 2018 Febero 20. Available from: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/conoce-los-diferentes-tipos-de-marchas-patologicas>.
50. Ruiz Campa R. Procedimientos clínicos aplicados para enfermería Madrid: Prosa; 2004.
51. Palos D. Nivel de evolución de los trastornos de la marcha en pacientes con ataxia Mar del Plata: FASTA University; 2014.
52. Cerda A L. Evaluación del paciente con trastorno de la marcha. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2010 Jul; 21(1): p. 326-336.
53. Estrada de Ellis S. Actualización en enfermería Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina; 1998.
54. Alarcón A. Técnicas de enfermería. 1st ed. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2003.
55. Di Bartolomeo S, Higa M, Janer M, Pennisi A. Conjuntivitis neonatal en un hospital del Gran Buenos Aires. Situación de los últimos 5 años. Revista Argentina de Microbiología. 2005 Sep; 37(3): p. 139-141.
56. Quiroz FG. Oftalmología Pediátrica. 1st ed. Lima: National University of San Marcos; 2002.
57. Perez Vargas Y, Reyes Estrella E, Márquez E. Diagnóstico y manejo del Orzuelo y Chalazión México: CENETEC; 2009.
58. AECC. Trastornos del lenguaje Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2016.
59. Artigas J, Rigau E, García-Nonell. Trastornos del lenguaje. AEP: Protocolos de actualización Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008.

60. Ackley BJ. Guide to nursing diagnosis. 2nd ed. Missouri: Elsevier; 2008.
61. AEE. La enfermería en Otorrinolaringología da respuesta a los nuevos retos. In XVI Congreso Nacional de Enfermería en Otorrinolaringología; 2017; Universitario del Vinalopó en Elche. p. 5-9.
62. Almeida E. Manual de la enfermería : Enfermería básica Enfermería clínico quirúrgica Enfermería materno infantil Medicina tradicional ancestral. 4th ed. Madrid: Cultural; 2005.
63. Solís-Flores L, Acuña-Rojas R, López-Medina L. La consejería de enfermería disminuye la sintomatología y recaídas en pacientes pediátricos con rinitis alérgica. Boletín Médico del Hospital Infantil. 2017 Oct; 74(5): p. 349-356.
64. Álvarez Castelló M, Castro Almarales R, Abdo Rodríguez A, Orta Hernández SD. Infecciones respiratorias altas recurrentes. Algunas consideraciones. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2008 Mar; 24(1): p. 1-10.
65. Andrés Alvo V, Marcel Sauvalle C, Cecilia Sedano M. Amigdalectomía y adenoidectomía: Conceptos, técnicas y recomendaciones. Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2016 Abr; 76(1): p. 99-101.
66. Moreno Rajadel RE, Figueroa Hernández AJ, Díaz González A. Epistaxis. Consideraciones sobre aspectos clínicos y terapéuticos en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2007 Dic; 23(4): p. 1-4.
67. Kluczynik Vieira CEN, Paula Stefania DA, Bertha Cruz E. Acciones de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica: revisión sistemática. Enfermería Global. 2014 Jul; 13(35): p. 338-349.

68. Basanta M. Laringitis aguda (Crup). *Anales de Pediatría*. 2003 Ene; 1(s1): p. 55-61.
69. Rey C, García García M, Casas Flecha L. Infecciones respiratorias virales Madrid: Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa; 2012.
70. Alvarado HR. Bronquiolitis: una enfermedad que sigue siendo una de las primeras causas de muerte en los menores de dos años. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2009 Dic; 11(2): p. 129-141.
71. Carvajal I, García L, Busquets R, Suárez M, de Andoin N, Batlles J, et al. Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles. *Archivos de Bronconeumología*. 2005 Jul; 41(12): p. 659-666.
72. De Miguel J. Farmacoeconomía en el asma y en la EPOC. *Archivos de Bronconeumología*. 2005 Dic; 41(5): p. 239-241.
73. De la Vega T, Pérez VT, Bezos L. Factores de riesgo de asma bronquial en niños y su relación con la severidad de las manifestaciones clínicas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2010 Oct; 26(2): p. 158-160.
74. Oscar del Río M. Cuidados de enfermería en Cardiología. Curso Virtual. Aula DAE; 2017.
75. Enfisema. Cianosis. Madrid: <http://enfisema.net>; 2016.
76. Zárate-Aspiros R, Rosas-Sumano A, Paz-Pacheco A, Fenton-Navarro P. Atrofia muscular espinal tipo 1: enfermedad de Werdnig-Hoffmann. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 2013 Feb; 70(1): p. 43-47.
77. Valdivieso J, Valenzuela M. Manual de Disnea. Guías Clínicas Respiratorio.

- Santiago: Finis Terrae University; 2016.
- 78.Ortiz E. Síndrome nefrótico pediátrico. Protocolos de Nefrología Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2014.
- 79.Mur O, De la Mata G. Síndrome Nefrítico. Anales de Pediatría Continuada. 2004 Ene; 2(4): p. 216-222.
- 80.Muñoz-Arizpe R, Escobar L, Medeiros M. Acidosis tubular renal en niños: conceptos actuales de diagnóstico y tratamiento. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2013 Jun; 70(3): p. 178-194.
- 81.Grinspon D, Coote T, Moreno-Xashur T. Manejo de la Hipertensión Arterial Florida: Registered Nurses' Association of Ontario; 2005.
- 82.Gastelbondo R, Cespedes J. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en niños y adolescentes. Precop SCP. 2007 Ene; 6(2): p. 21-44.
- 83.Velázquez Quesada M. Papel de Enfermería en la parasitosis intestinal en la población infantil. Trabajos Fin de Grado UVA. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería de Valladolid; 2015.
- 84.Miranda Pérez R, Boffil García I, Niebla Pérez O. Cuidados de enfermería a niños/as con afecciones del sistema digestivo. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Salvador Allende”; 2011.
- 85.López-Olmos J, Gasull J. Enterobius vermicularis (oxiuros) en la práctica ginecológica: clínica y citología. Experiencia de 3 casos. Clin Invest Ginecol Obstet. 2011 Oct; 38(1): p. 197-201.

86. López de Guimaraes D, Neyra Llanos RS, Romero JH. Ascaridiasis: comparación de la eficacia terapéutica entre paico y albendazol en niños de Huaraz. *Rev. Gastroenterol. Perú.* 2001 Jul; 21(3): p. 20-31.
87. Palmoere O. *Terapéutica Antiparasitaria: Hymenolepis nana.* 14th ed. Buenos Aires: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
88. Armas Ramos H, Ferrer González JP. *Reflujo gastroesofágico* Madrid: Asociación Española de Pediatría ; 2016.
89. Riverón R. Fisiopatología de la diarrea aguda. *Revista Cubana de Pediatría.* 1999; 71(2): p. 86-115.
90. Sánchez F, Gilbert JJ, Bedate P. *Estreñimiento y Encopresis* Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2016.
91. Calvo C. La prevención y el tratamiento del cólico del lactante. *Bol pediatría.* 2010; 50(213): p. 197-202.
92. Sellarés E, Moraga F. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica* Madrid: AEP; 2007.
93. Dorta L, Lugo D, Dorta M. Pitiriasis rosada: a propósito de un caso. *Revista Argentina de Dermatología.* 2017 Mar; 98(1).
94. Desgarennes M. Pitiriasis versicolor. *Dermatología Rev Mex.* 2005 Agos; 49(1): p. 157-67.
95. Gairí Tahull J, Molina Morales V, Moraga Llop F. *Pediculosis de la cabeza* Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2010.
96. Hernández A. Anemia en la infancia y la adolescencia. *PEDIATRÍA INTEGRAL.* 2012 Jul; 16(5): p. 357-365.

97. Pui C, Evans W. Acute lymphoblastic leukemia. *New England Journal of Medicine*. 1998 Jul; 339(9): p. 605-615.
98. Márquez Benítez J, Guareño Antúnez A, Santos Ugía C, Ramos Jerez F, Calderón Lozano F. Tratamiento de la púrpura trombótica trombocitopénica mediante aféresis terapéutica en paciente con lupus eritematoso sistémico. *Enfermería Nefrológica*. 2014 Jun; 17(2): p. 144-146.
99. Cofré G J. Varicela: Consultas frecuentes acerca de su tratamiento y el manejo de los contactos. *Revista Chilena de Infectología*. 2008 Oct; 25(5): p. 390-394.
100. Palacios-López. CG, Durán-Mckinster C, Orozco-Covarrubias L, Saéz-de-Ocariz M, García-Romero M, Ruiz-Maldonado R. Exantemas en pediatría. *Acta pediátrica de México*. 2015 Oct; 36(5): p. 412-423.
101. Rodríguez Rosalen A. Guía de intervención rápida en enfermería obstétrica Madrid: Elsevier; 2007.
102. Echevarría Zuno S. Ortopedia y Traumatología México: Academia Mexicana de Cirugía; 2013.
103. Muñoz Vive J, Caba Doussoux P. Fracturas abiertas. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2010 Jul; 54(6): p. 399-410.
104. Peñalba A, Marañón Pardillo R. Tratamiento de las quemaduras en urgencias. Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. 2008.
105. Fernández M, Rubio J. Factores predisponentes de infecciones respiratorias agudas en el niño. *Rev Cubana Med Gen Integral*. 1990 Dic; 26(4): p. 400-408.

106. Boado L. Desarrollo de vacunas de nueva generación contra el virus de influenza. Tesis Doctoral. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2014.
107. Cruz Roja Española. El botiquín de primeros auxilios en el hogar. Madrid: Cruz Roja; 2006.



Publicado en Ecuador
Agosto del 2018

Edición realizada desde el mes de marzo del año 2018 hasta mayo del año 2018, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 300, Ejemplares, A5, 4 colores

ATENCIÓN AL PACIENTE PEDIÁTRICO TEXTO Y PRÁCTICA ENFERMERÍA

Romero Vargas Antonio
antonio.romerov@ug.edu.ec

Touriz Bonifaz María Antonieta
maria.tourizb@ug.edu.ec

Plua Marcillo William Eduardo
william.pluam@ug.edu.ec

Rueda López Roberto John
roberto.ruedam@ug.edu.ec

Robles Urgilez María Dolores
maria.roblesu@ug.edu.ec

Rodríguez Erazo Luis Enrique
luis.rodriguezc@ug.edu.ec

Velastegui Mendoza María Aurora
maria.velasteguim@ug.edu.ec

Jarrin Maisincho Karina Jessenia
karina.jarrinm@ug.edu.ec

Docentes de la Universidad de Guayaquil

ENFERMERÍA ATENCIÓN AL PACIENTE PEDIÁTRICO TEXTO Y PRÁCTICA

ISBN: 978-9942-787-16-3

