

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA, D.E.

MINISTERIO DE SALUD

O.P.S./O.M.S.

**DIVISION DE ATENCION MEDICA
SECCION DE URGENCIAS
FACULTADES DE MEDICINA**

Guía para la atención de urgencias en el nivel local

Bogotá, D.E., Mayo de 1986

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTÁ D.E.

Dr. RAFAEL SANCHEZ ARTEAGA
SECRETARIO DE SALUD DE BOGOTÁ

Dr. ENRIQUE AYALA PEREZ
SUBSECRETARIO DE SALUD DE BOGOTÁ

Dr. NELSON CONTRERAS CABALLERO
ASESOR TECNICO S S B.

GRUPO CONSULTOR DEL PROYECTO

Dr. JOSE MARIA PAGANINI
REPRESENTANTE OPS/OMS

Dr. JULIO E. CUARTAS
MINISTERIO DE SALUD

Dr. ANTONIO ORDOÑEZ PLAJA
ASESOR

Dr. VLADIMIR BASABE
OPS/OMS

Bogotá, D.E., Mayo 1986

COLABORADORES

DIVISION DE ATENCION MEDICA S.S.B.

Silvio Cárdenas	M D	Jefe División Atención Médica
Juan Alonso Muñoz Arias	M.D.	Jefe Sección de Urgencias
Alberto Camacho P.	M D.	Jefe Toxicología S.S.B.
Cristóbal Sastoque	M D	Jefe Quemados S.S.B.
Lic. Luz Dina Ríos	Enf.	Coordinadora Sección Urgencias
Norma de Deeb	M.D.	Jefe Sección Materno Infantil
Carlos Torres	M.D.	Jefe Sección Programas Médicos Especiales
Carlos Grandas	M D	Jefe Grupo Enfermedades Transmisibles
David Saavedra	M.D.	Jefe Unidad Epidemiología
Roberto Suárez	M.D.	Coordinador Regional 1
Jaime Higuera	M.D.	Coordinador Regional 2
Jorge Silva	M.D.	Coordinador Regional 3
Hans Naihaus	M.D	Coordinador Regional 4
Martha Gallo	M.D.	Coordinadora Regional 5
Roberto Pineda	M.D.	Psiquiatra Regional 2
Roberto Palacios	M.D.	Director Hospital Kennedy

ASESORES ACADEMICOS

Rafael Sánchez Arteaga	M.D.	Escuela Colombiana de Medicina
Hernando Matiz Camacho	M.D.	Escuela Colombiana de Medicina
Assa Mathouk	M.D.	Hospital San Ignacio
Francisco Grott	M.D.	Hospital Infantil
Camilo Delgado	M.D.	Laboratorios Roche
Marco A. Guerrero	M.D.	Universidad Nacional
Roberto Lozano	M.D.	Hospital Militar Central
Carlos Pacheco	M.D.	Universidad Nacional
Gustavo Aristizábal	M.D.	Hospital La Samaritana
Manuel Moreno	M D.	Jefe Materno Minsalud
Jairo Barragán	M.D.	Universidad Javeriana
Alvaro Velasco Ch.	M.D.	Universidad Nacional

ASESORES O P.S./O.M.S.⁽¹⁾

Nelson Contreras	O.D.
Carlos Agudelo	M D.
Alice Orjuela	M.D.
Sección de Sistemas	S.S.B.
Grupo de Diseño	S.S.B.

⁽¹⁾ Consultores nacionales

CONTENIDO

	Pág
Índice de Tablas, Cuadros y Gráficos	6
Introducción	7
Aspectos epidemiológicos de las urgencias en Bogotá	9
Normas generales de atención de urgencias	17
Enfermedad diarreica aguda	19
Infección respiratoria aguda	25
Crísis aguda de asma en niños	31
Complicaciones del embarazo	35
Trauma	43
– Trauma abdomen	44
– Heridas del tórax	45
– Hemorragias agudas	47
– Mordedura de animal	51
– Lesiones de partes blandas	53
Quemaduras	56
Intoxicaciones	63
Síndrome convulsivo	68
Urgencias psiquiátricas	71
Emergencias hipertensivas	76
Infarto agudo del miocardio	79
Accidente cerebrovascular	81

INDICE DE TABLAS

- 1 Mortalidad casos y tasas por 10.000, según causas, por grupos de edad específicos y para el total de Bogotá, 1982-1985.
- 2 Morbilidad hospitalaria, casos y tasas por 10.000, según causas, por grupos de edad específicos y para el total de Bogotá, 1982-1984.
- 3 Cálculo de líquidos para la deshidratación del 5%
- 4 Cálculo de líquidos para la deshidratación del 10%

INDICE DE CUADROS

- 1 Signos clínicos y grados de deshidratación.
- 2 Diagnóstico diferencial de los estados hipertensivos.

INDICE DE GRAFICOS

- 1 Porcentaje de las 10 primeras causas de mortalidad general, total etéreos, Bogotá, 1985.
- 2 Porcentaje de las 10 primeras causas de consulta de urgencia total etéreos, Bogotá, 1985.
- 3 Tasas de mortalidad de hipoxia-anoxia fetal y del recién nacido, E.D.A. y Neumonías. Grupos específicos de edad y población total. Bogotá, 1982-1985.
- 4 Tasas de mortalidad por traumas y heridas, población de 15-59 años. Bogotá 1982-1985.
- 5 Tasas de mortalidad por enfermedades cardiocerebrovasculares. Población de 45 años y más. Bogotá 1982-1985.
- 6 Tasas de morbilidad hospitalaria de complicaciones del embarazo y el parto de 15 a 44 años y de afecciones anóxicas e hipóxicas perinatales. Bogotá 1982-85
- 7 Tasas de morbilidad hospitalaria, por EDA de 0-4 años, Neumonías de 0-14 años y ACV de 45 años y más. Bogotá, 1982-84.
- 8 Terapia de rehidratación. Flujos de decisión.
- 9 Manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.

Introducción

El presente documento constituye una Guía para la atención de las Urgencias de Bogotá, que pueden manejarse ambulatoriamente en nuestros Centros de Salud y Policlínicos.

Esta Guía ha sido el fruto de un esfuerzo de Médicos, Enfermeras y otros profesionales vinculados al Servicio de Salud de Bogotá, con la Cooperación Técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana a través de Consultores Nacionales que han venido apoyando este gran esfuerzo de desarrollo regional, que ha contemplado tres elementos básicos: la definición de una tecnología apropiada que se concreta en este Manual, la dotación del instrumental y equipos para poderla aplicar y la capacitación a todo el personal que desarrolle actitudes sociales y habilidades para la atención de los problemas que más afectan a nuestra población.

La Guía contiene los criterios para atender los problemas gineco-obstétricos, trauma, los síndromes más prevalentes de la población infantil, las crisis hipertensivas, convulsivas, intoxicaciones y quemados, en el primer nivel de atención y orienta para hacer las remisiones a otros niveles.

Esperamos que sea de gran utilidad este esfuerzo y que con sus aportes y observaciones podamos mejorarlo y actualizarlo.

Aspectos epidemiológicos de las urgencias en Bogotá

La mortalidad general en Bogotá ha presentado una tendencia al descenso desde hace varios años. El Estudio Nacional de Salud la estimó en 4,8 por mil habitantes, para 1984. No obstante, si se toma en cuenta el número de defunciones reales en el año de 1985, aquella representa una tasa bruta de 4.2 por mil habitantes (tabla No. 1).

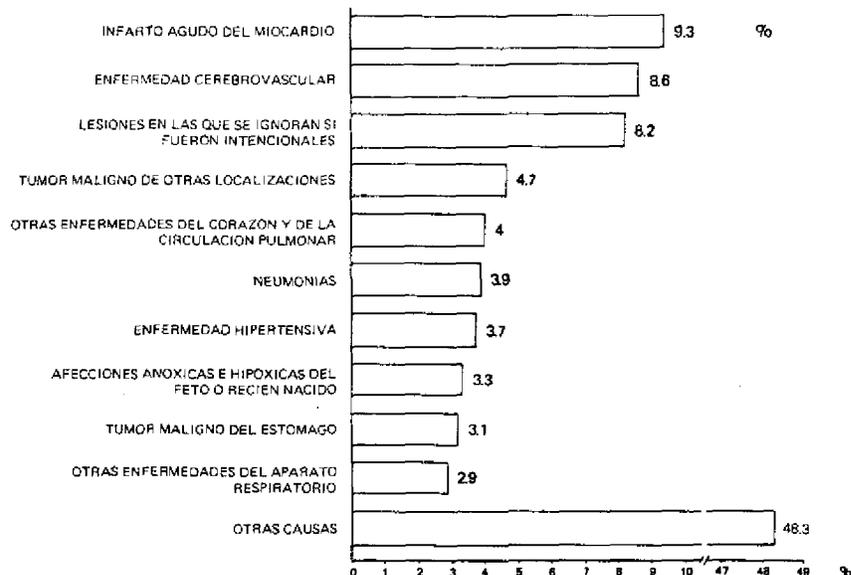
TABLEA No. 1
MORTALIDAD – CASOS Y TASAS POR 10.000,
SEGUN CAUSAS, POR GRUPOS DE EDAD ESPECIFICOS Y
PARA EL TOTAL DE BOGOTA, 1982–1985

MORTALIDAD		1982		1983		1984		1985	
		No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa
EDA	0 – 4 años	385	7.2	373	7.4	233	4.5	283	5.3
	Total	N	N	N	N	N	N	N	N
Neumonías	0 – 14 años	389	2.7	489	3.4	489	3.3	479	3.2
	Total	817	1.4	798	1.7	787	1.7	785	1.8
Infarto Miocardio e Isquemias	45 y más años	1 824	28	1 922	26.8	2 084	28	2 219	29
	Total	1 916	4.4	2 018	4.5	2 198	4.8	2 304	4.9
ACV	45 y más años	1 370	19.8	1 268	18.9	1 481	19.9	1 549	20.3
	Total	1 490	3.5	1 464	3.3	1 838	3.8	1 897	3.8
Accidentes por vehículo	15 – 59 años	733	2.7	888	2.5	896	2.1	377	1.3
	Total	1 072	2.5	978	2.2	866	1.9	481	1.0
Otros traumas y heridas	15 – 59 años	1 086	4.0	1 178	4.2	1 203	4.2	1 811	6.2
	Total	1 149	2.7	1 225	2.8	1 289	2.8	2 055	4.4
Enfermedad Hipertensiva	45 y más años	760	10.7	595	8.2	853	7.4	895	9.1
	Total	816	1.9	829	1.4	852	1.4	736	1.6
Anoxia e Hipoxia Feto y Recien Nec	Menores 1 año	1 233	118.8	1 108	104.0	989	82	964	86
	Total	1 233	2.8	1 108	2.5	989	2.2	964	2.0
Mortalidad General (Tasa x 1 000)		18 264	4.2	17 936	4.0	18 355	4.0	19 747	4.2

N No se encuentra dentro de las DIEZ primeras causas.

En el gráfico 1 se aprecia el peso porcentual de las diez primeras causas de mortalidad en el año de 1985 y es evidente una estructura determinada por el aporte de los tres grandes grupos etáreos. El grupo infantil está representado por los problemas perinatales y las infecciones respiratorias. Aunque para 1985 no hace parte de las diez primeras causas, en este grupo tienen aún importancia las enfermedades diarréicas. El grupo adulto está afectado principalmente por los traumatismos y heridas de todo tipo, mientras que el grupo de edad avanzada tiene como problemas de primer orden el infarto del miocardio, la enfermedad cerebrovascular, la hipertensión y el cáncer.

GRAFICO No. 1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, TOTAL ETAREOS, BOGOTA, 1985



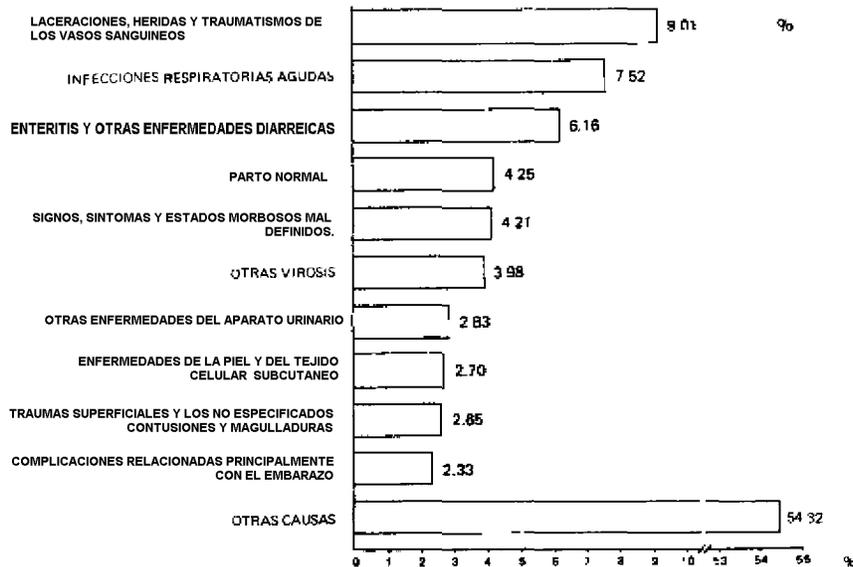
Una estructura semejante tiende a reflejarse en las diez primeras causas por urgencias de consulta externa para 1985, agregando al grupo adulto, las complicaciones relacionadas con el embarazo (gráfico No. 2).

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS

Mortalidad

Con base en la descripción anterior se procedió a seleccionar entre las diez primeras causas de los años de 1982 a 1985, los problemas que pueden ser catalogados en forma estricta como urgencias o emergencias. Para cada uno

GRAFICO No 2
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 10 PRIMERAS CAUSAS
 DE CONSULTA DE URGENCIAS, TOTAL ETAREOS
 BOGOTA. COLOMBIA. 1985**



de los problemas se determinó el grupo de edad principalmente afectado y a partir del número de casos, se calcularon las respectivas tasas. Se incluyó en el análisis la enfermedad diarreica. Los resultados se expresan en la tabla No. 1.

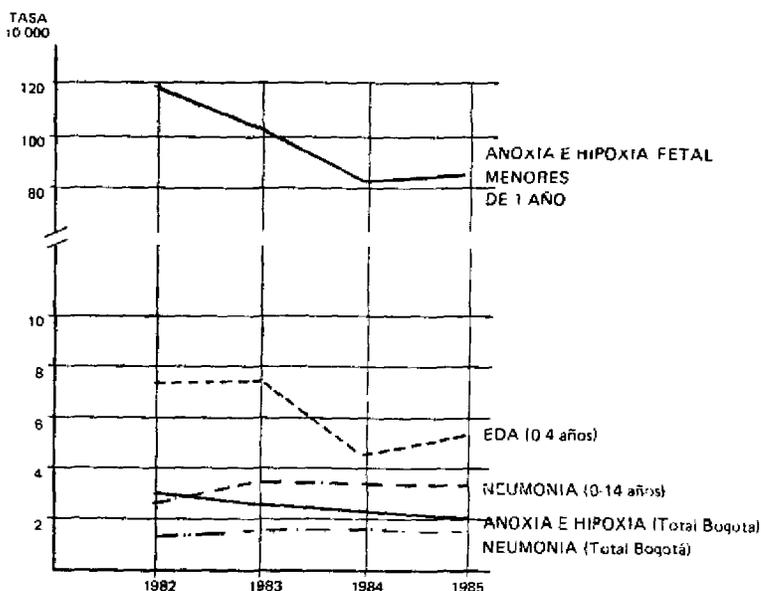
Debemos advertir que, aunque el período analizado es breve para establecer tendencias definitivas, es posible indicar cambios que tienen importancia para el Servicio de Salud y la situación sanitaria de Bogotá.

- La enfermedad diarreica ha presentado un descenso importante a partir de 1983, de igual forma que los problemas de tipo perinatal. No obstante, en este último caso, la tasa de mortalidad específica, para los menores de un año, permanece alta, por cuanto el problema al cual se refiere requiere el concierto preciso de factores como un extendido control del embarazo, alta tecnología, abundantes especialistas y atención oportuna.

Por lo que toca con las neumonías, éstas presentan un leve aumento de 1982 a 1983 y luego tienden a estabilizarse (gráfico No. 3).

Estos cambios, en alguna medida pueden atribuirse al impacto de los programas maternoinfantiles y en especial sus componentes de Atención Primaria y Rehidratación Oral.

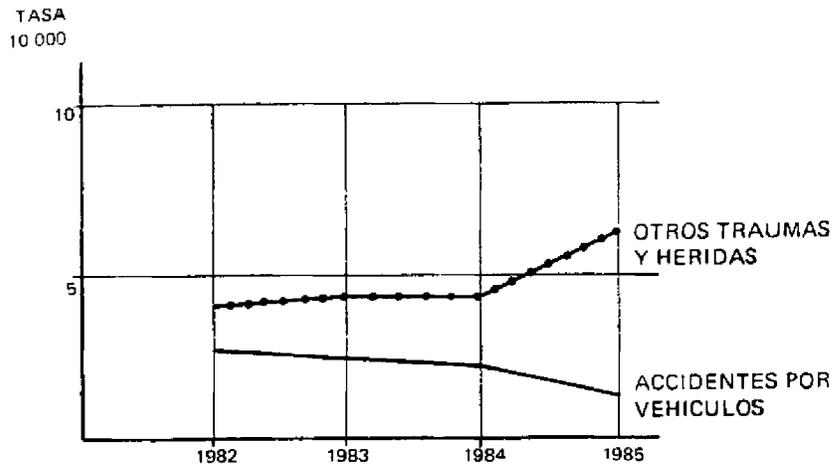
GRAFICO No. 3
**TASAS DE MORTALIDAD DE HIPOXIA – ANOXIA FETAL
 Y DEL RECIEN NACIDO, EDA Y NEUMONIAS
 GRUPOS ESPECIFICOS DE EDAD Y POBLACION TOTAL
 BOGOTA, COLOMBIA 1982–1985**



- Como ya se ha mencionado, el grupo de problemas considerados como urgencias en la edad adulta, se relacionan con los traumas y heridas. Debe destacarse que los problemas ocasionados por accidentes de vehículos tienden a disminuir, mientras que los traumas y heridas de otros orígenes, experimentaron un incremento de 1984 a 1985 (gráfico No. 4).
- El grupo de problemas en la edad avanzada, correspondientes al infarto del miocardio y el accidente cerebrovascular han incrementado su mortalidad en el período considerado. Las enfermedades hipertensivas, susceptibles de un mayor control, provocaron una mortalidad descendente de 1982 a 1984, y en el año de 1985 revierten la tendencia, ascendiendo a una tasa similar a la registrada en 1982 (gráfico No. 5)

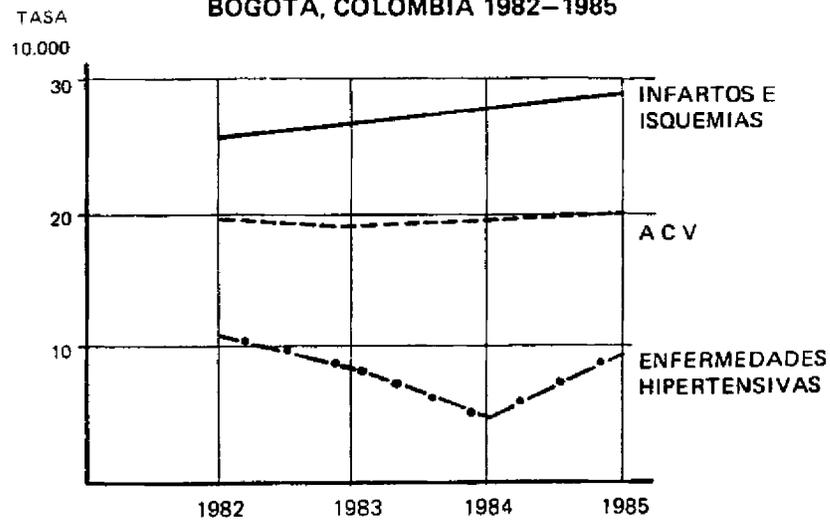
Conviene resaltar que estos aspectos indican la importancia creciente de la problemática sanitaria del grupo de edad avanzada, lo cual tiene numerosas implicaciones con respecto a los servicios de urgencias y las políticas de salud.

GRAFICO No 4
**TASAS DE MORTALIDAD POR TRAUMAS Y HERIDAS,
 POBLACION DE 15-59 AÑOS
 BOGOTA, COLOMBIA 1982-1985**



Fuente: Sección Información y Sistemas S.S.B.

GRAFICO No 5
**TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES
 CARDIO, CEREBROVASCULARES.
 POBLACION DE 45 Y MAS AÑOS
 BOGOTA, COLOMBIA 1982-1985**



Fuente: Sección Información y Sistemas S.S.B.

Para el análisis de la morbilidad se utilizaron los registros de egresos hospitalarios de 1982 a 1984. Entre las diez primeras causas se seleccionaron aquellas que tienen trascendencia como urgencias, y se calcularon las respectivas tasas para los grupos específicos de edad y para el total de población. Los resultados se encuentran en la tabla No. 2.

TABLA No. 2
MORBILIDAD HOSPITALARIA – CASOS Y TASAS POR 10.000 SEGUN CAUSAS, POR GRUPOS DE EDAD ESPECIFICOS Y PARA EL TOTAL DE BOGOTA, 1982 – 1984

MORBILIDAD HOSPITALARIA		1982		1983		1984	
		No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa
EDA	0 – 4 años	5 847	119.4	5.816	115.1	4.291	82.5
	Total	6 589	15.3	6.545	14.8	5.086	11.1
Neumonías	0 – 14 años	5.065	36.5	3.929	27.4	5.862	39.8
	Total	6 136	14.3	N	—	7 007	15.4
ACV	45 y más años	929	13.3	1 068	14.8	1.175	15.8
	Total	1 169	2.7	1 282	2.9	1 426	3.1
Complicaciones embarazo y parto	15 – 44 años	31 368	142.0	30.505	133.9	31.533	134.5
	Total	31.588	73.5	30.737	69.3	31.813	69.7
Anoxia e Hipoxia Perinatales	Menores 1 año	N	—	7 946	747	7 151	653.2
	Total	N	—	7.946	17.9	7.151	15.6

N: No se encuentra dentro de las DIEZ primeras causas

El análisis de las tasas específicas por edad permite registrar tendencias similares a las descritas para la mortalidad:

- Se presenta un descenso en la morbilidad por afecciones anóxicas e hipóxicas perinatales, y en las complicaciones del embarazo y el parto (gráfico No. 6).
- La enfermedad diarreica también desciende, mientras que las neumonías y los accidentes cerebrovasculares aumentan (gráfico No. 7).

Relación Mortalidad/Morbilidad

En el año de 1984 la relación porcentual de la mortalidad y la morbilidad por egresos hospitalarios se presentó con la siguiente magnitud:

Enfermedad diarreica aguda :	5.4	%
Neumonías :	8.3	%
Problemas perinatales :	13.8	%
Accidente cerebrovascular :	126.0	%

GRAFICO No 6
**TASAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA DE COMPLICACIONES
 DEL EMBARAZO Y EL PARTO, DE 15-44 AÑOS, Y DE
 AFECCIONES ANOXICAS E HIPOXIAS PERINATALES
 BOGOTA, COLOMBIA 1982-1984**

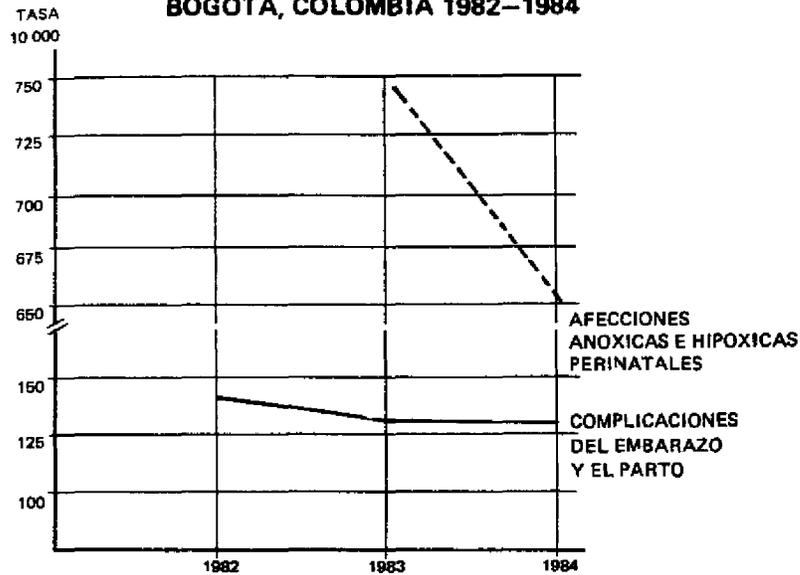
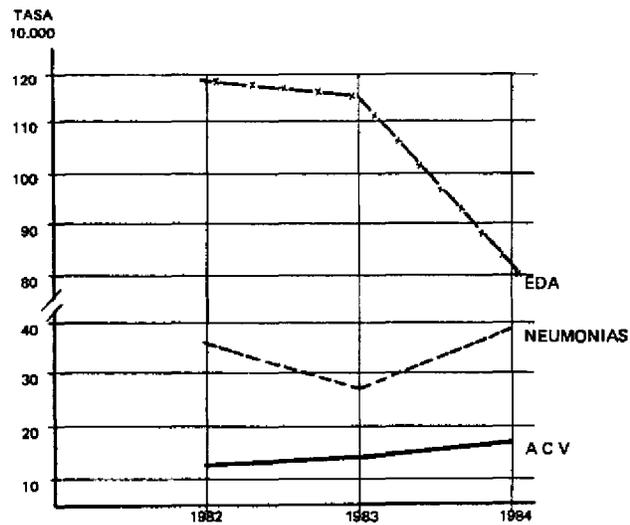


GRAFICO No 7
**TASAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA POR EDA DE 0-4 AÑOS,
 NEUMONIAS DE 0-14 AÑOS Y A C V DE 45 Y MAS AÑOS
 BOGOTA, COLOMBIA 1982-1984**



Fuente: Sección Información y Sistemas S.S.B.

LAS URGENCIAS EN EL SERVICIO DE ATENCION

En el año de 1984, las atenciones de urgencias generadas en consulta externa, representaron el 8% de todos los casos de este tipo de consulta. De otra parte, en el mismo año, los egresos por urgencias significaron el 42.8% de todos los egresos hospitalarios de Bogotá.

La relación egreso por urgencia/egreso hospitalario, para los problemas específicos considerados tuvo, en el año de 1984, los siguientes valores:

Enfermedad diarreica aguda :	67.2 %
Neumonías :	67.1 %
Accidente cerebrovascular :	77.2 %
Complicaciones del embarazo y el parto :	62.8 %
Problemas perinatales :	33.4 %

Estas frecuencias pueden considerarse altas, e indican que los servicios de urgencias son ampliamente utilizados por la población.

Normas Generales de Atención de Urgencias

Teniendo en cuenta que en una ciudad metropolitana, el servicio de urgencias de cualquier institución y nivel de atención a la cual los pacientes acuden para la atención episódica pero inmediata de la enfermedad, es indispensable y se hace necesario que el personal de salud realice un reconocimiento y una pronta evaluación de cualquier condición orgánica aguda, por lesión o por enfermedad, aplique las medidas iniciales o inmediatas para proteger la vida, y envíe o traslade inmediatamente al paciente a los sitios apropiados para el tratamiento definitivo.

Con todo paciente que consulte a Urgencias del Servicio de Salud de Bogotá, se deben seguir los siguientes pasos:

1. Deberá ser atendido en forma adecuada y oportuna dándole la prioridad necesaria.
2. En todo caso debe elaborarse la historia clínica y el registro diario de urgencias teniendo en cuenta:
 - Anotar ciertas condiciones del paciente que pudieran tener importancia médica legal, tales como estado de conciencia, aliento, tipo de herida, etc.
 - Contar con la siguiente información básica:

- a) Datos de identificación, llegada y las variables respecto a accidentes, intoxicación o violencia que sean necesarios.
 - b) Anamnesis, examen físico y evaluación.
 - c) Consignar además de la impresión diagnóstica, el plan de manejo a seguir y el destino inmediato del paciente.
 - d) Las órdenes médicas siempre deben ser por escrito.
 - e) Encabezar toda nota posterior con la fecha y hora respectiva.
 - f) Si necesita ser remitido, debe procurarse que se hayan instaurado aquellas medidas terapéuticas al alcance del médico general o enfermería, anotarse en la historia clínica los motivos, elaborando la hoja completa y suministrar al radioperador los datos que solicite. Las circunstancias que demoren o impidan la remisión se consignan en la historia clínica, así como el destino final del paciente.
 - g) Al ser dado de alta el paciente, anotar las causas, así como el destino del mismo.
 - h) Finalizar la historia clínica con el nombre del médico claramente legible y el número del registro médico.
3. El paciente y/o sus allegados deben ser informados en forma breve de las disponibilidades diagnósticas, del plan a seguir por el paciente, sus controles posteriores para evitar al máximo retornos injustificados.
4. Cuando el paciente desee retirarse de la institución por voluntad propia o de sus allegados debe diligenciarse la hoja de descargos de responsabilidades.

Enfermedad

Diarréica Aguda

I. DESHIDRATACION

La deshidratación se establece por medio de la cantidad de agua perdida por kilo de peso, junto con los electrolitos sodio y potasio.

Para guiar la conducta clínica se han establecido los grados de deshidratación con sus correspondientes signos y síntomas. A este respecto, las normas se indican en el cuadro No. 1.

II. REHIDRATACION

La terapia de rehidratación adecuada se basa en dos aspectos fundamentales:

1. La dosis de suero oral.
2. Las decisiones que deben tomarse según la respuesta del paciente.

1. La Dosis de Suero Oral

Se determina por el peso del paciente y su grado de deshidratación, lo cual indica el volumen total que debe recibir el niño. Con base en el tiempo total de hidratación se calculan las dosis parciales (cada 15 minutos, media hora, etc). En estas normas se utiliza un tiempo total de hidratación de 4 horas.

CUADRO No. 1

SIGNOS CLÍNICOS Y GRADOS DE DESHIDRATACION

SIGNOS	GRADO I: LEVE	GRADO II: MODERADA	GRADO III: GRAVE O SEVERA
Ojos: Tono ocular Llanto	Enoftalmo discreto Con lágrimas	Enoftalmo Sin lágrimas	Enoftalmo marcado Sin lágrimas
Fontanela	Ligeramente hundida	Hundida	Muy hundida
Mucosas	Ligeramente secas	Secas	Resecas
Sed	Ligeramente sediento	Aumentada	Muy aumentada
Respiración	Normal (si no hay fiebre)	Acelerada	Muy rápida y profunda
Pulso radial	Normal	Acelerado y débil	Muy rápido y débil: imperceptible
Orina	Normal	Escasa	Oliguria o anuria
Pliegue en piel	Ausente o sólo en abdomen	Abdomen, muslo y tórax	Abdomen, muslo y tórax
Aspecto del paciente	Alerta	Somnoliento, irritable	Pre-shock o shock Sensorio perturbado
Pérdida de peso	Hasta el 5%	5.1 a 10%	10.1% y más

De acuerdo con lo anterior aplique las siguientes normas:

- Diarrea sin deshidratación : 10 cc/kg/hora
- Deshidratación grado I : Dosis tabla No. 3
- Deshidratación grado II : Dosis tabla No. 4
- Deshidratación grado III : Rehidratación Parenteral

2. Pasos en la rehidratación

Una vez instaurada la terapia oral, el paciente puede responder en forma adecuada, regular, o no responder. Por esta razón, es necesaria la valoración del paciente y la toma de decisiones según el tipo de respuesta.

Una guía a este respecto es la norma contenida en el gráfico No. 8.

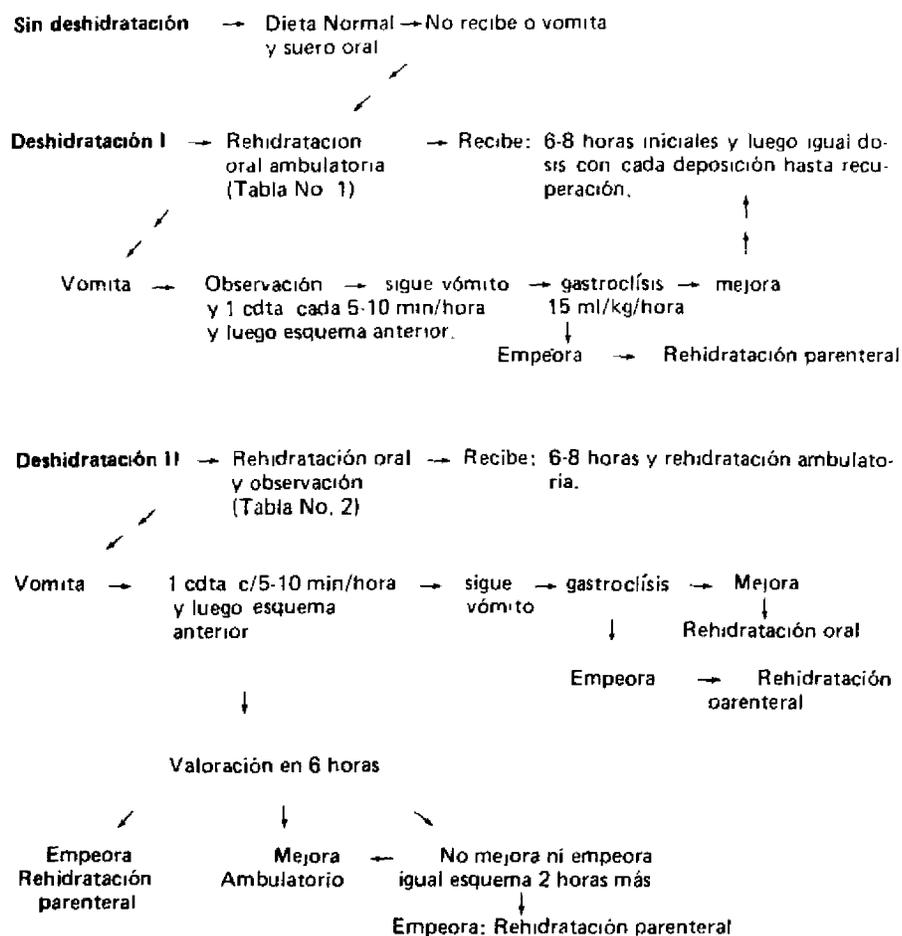
TABLA No. 3
CALCULO DE LIQUIDOS
Deshidratación 5%

Peso en Kg	Cada 15 minutos	Cada hora	En 4 horas
3	20	80	300
3.5	21	87	350
4	25	100	400
4.5	28	112	450
5	31	125	500
5.5	34	137	550
6	37	150	600
6.5	40	162	650
7	43	175	700
7.5	46	187	750
8	50	200	800
8.5	53	212	850
9	56	225	900
9.5	59	237	950
10	62	250	1000
10.5	65	262	1050
11	68	275	1100
11.5	71	287	1150
12	75	300	1200
12.5	78	312	1250
13	81	325	1300
13.5	84	337	1350
14	87	350	1400
14.5	90	362	1450
15	93	375	1500

TABLA No. 4
CALCULO DE LIQUIDOS
Deshidratación 10%

Peso en Kg	Cada 15 minutos	Cada hora	En 4 horas
3	37	150	600
3.5	43	175	700
4	50	200	800
4.5	56	225	900
5	62	250	1000
5.5	68	275	1100
6	75	300	1200
6.5	81	325	1300
7	87	350	1400
7.5	93	375	1500
8	100	400	1600
8.5	106	425	1700
9	112	450	1800
9.5	118	475	1900
10	125	500	2000
10.5	131	525	2100
11	137	550	2200
11.5	143	575	2300
12	150	600	2400
12.5	156	625	2500
13	162	650	2600
13.5	168	675	2700
14	175	700	2800
14.5	181	725	2900
15	187	750	3000

GRAFICO No 8
TERAPIA DE REHIDRATACION – FLUJOS DE DECISION



III. ALIMENTACION

Las normas en este campo son las siguientes:

- Todo niño que reciba leche materna debe continuar recibéndola, esté deshidratado o no.
- Diarrea sin deshidratación.
Leche. Se le ofrece en los horarios acostumbrados la mitad del volumen que tomaba antes del episodio diarreico. Se aumenta el volumen progresivamente con cada dosis o cada deposición.
Otros alimentos: Se le administran según la tolerancia.
- Deshidratación grado II Se suspende la alimentación durante seis horas, mientras el niño se hidrata. Una vez se haya hidratado se sigue el esquema anterior.

Nota Importante: Cuando se ha demostrado intolerancia a la lactosa, o se presume ésta con fundamentos racionales, es posible utilizar una leche sin disacáridos (AI 110 o leche de Soya).

IV. MEDICAMENTOS

- No se aceptan medicamentos para tratamiento sintomático (purgantes, caolín, pectina, mezclas paregóricas y droga tipo Lomotil, difenoxilato, ni antieméticos), aunque algunos pueden aliviar temporalmente los cólicos y otros síntomas.
- No se acepta el uso indiscriminado de antibióticos ni de otros medicamentos con acción sobre agentes patógenos específicos.
- Los medicamentos contra agentes patógenos específicos pueden utilizarse sólo cuando el cuadro clínico lo sugiera y exista, además, algún grado de confirmación diagnóstica de laboratorio.

V. LABORATORIO

No son muchos los procedimientos de laboratorio útiles para establecer el posible agente etiológico de la diarrea en breve tiempo. Entre ellos deben destacarse:

- a) Examen coprológico directo:
 - La presencia de leucocitos y glóbulos rojos puede orientar sobre la naturaleza invasiva de la enfermedad.
 - Permite identificar trofozoitos de Entamoeba histolytica, quistes y trofozoitos de giardia y helmintos intestinales.

- b) Cuadro hemático (Leucocitosis en sangre periférica).
- c) Dosificación de pH y de lactosa en materias fecales. La presencia de lactosa y un pH inferior a 6 pueden orientar sobre una deficiencia de disacaridasas.

El rotavirus puede identificarse en las materias fecales, en breve tiempo, por medio de la técnica ELISA, pero, exige el correspondiente equipo.

VI. VALORACION

La valoración del paciente debe incluir siempre:

- Peso
- Estado de hidratación
- Diuresis
- Vómito
- Características de las deposiciones
- Temperatura
- Alimentación

VII. PACIENTES CRITICOS

Se recomienda hospitalizar y utilizar hidratación parenteral con el siguiente tipo de pacientes:

- Empeoran durante la observación con vómito y diarrea profusas.
- Presentan una evidente patología asociada.
- Convulsiones.
- Pre-Shock o Shock.

□

Infección Respiratoria Aguda

DEFINICION

Infección respiratoria aguda (IRA)* : Conjunto de afecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales o bacterianas.

Período de incubación: Menor de 15 días.

SINTOMAS O SIGNOS BASICOS

Tos, rinorrea, obstrucción nasal, dolor, enrojecimiento faríngeo, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria con, o sin fiebre.

CLASIFICACION

Las infecciones respiratorias agudas se clasifican en leves, moderadas y graves.

Para la clasificación tener en cuenta:

1. La fiebre aumenta la frecuencia respiratoria.

*/ FUENTE: Ministerio de Salud/OPS, Octubre 1985.

2. La temperatura debe registrarse simultáneamente con la frecuencia respiratoria.
3. La frecuencia respiratoria debe tomarse con el niño en brazos de la madre.
 - Registrarse en reposo
 - Confrontar con el dato de la mamá.
4. La obstrucción nasal aumenta la frecuencia respiratoria.

IRA LEVE

Dos o más signos o síntomas básicos (tos, obstrucción nasal, rinorrea, otalgia, dolor, disfonía).

Frecuencia respiratoria menor de 50 por minuto

Ausencia de signos de insuficiencia respiratoria grave o moderada.

MANEJO

1. Soporte de Líquidos

- a) Calórico: continuar lactancia materna y la alimentación habitual.
- b) Nutricional: líquidos frecuentes en cantidades pequeñas.
- c) Con diarrea: Igual a lo anterior más sales de hidratación oral, según normas.

2. Medidas generales de apoyo

- a) Desobstrucción de la nariz:
 - Lavar la cara con agua
 - Sonar al niño
 - Instilar solución salina en la nariz.

b) Manejo de la fiebre:

Temperatura: > 38.5 axilar ó > 39.5 rectal, utilizar Acetaminofen, 5-10 mg/kg/dosis, c/4-6 horas.

Temperatura: > 40.5 axilar, lavar el cuerpo con agua tibia por 30 segundos, media hora después del antitérmico.

c) Manejo del dolor: ASA 15 mg por kilo por dosis.

Acetaminofen 15 mg por kilo por dosis c/6 horas.

Estas mismas dosis se usan como antitérmicos.

d) Manejo de la tos: Líquidos para fluidificar secreciones.

3. Manejo de casos especiales

a) Con diarrea y deshidratación grado I :

- Suero oral.
- Medidas generales de apoyo mencionadas.

b) IRA Leve con fiebre y sarampión:

- Observación, medidas generales de apoyo mencionadas.
- Soporte de líquidos. Manejo fiebre, dolor y tos igual al mencionado.
- Con otras enfermedades sobreagregadas. Igual manejo anterior.

DE ALTO RIESGO son:

- Niños menores de 2 meses.
- Temperatura axilar mayor de 38.5, por más de 48 horas.
- Niños mayores de 2 meses con desnutrición severa.
- Niños con convulsiones.
- Niños con patología no identificable.
- Niños con estridor laríngeo.
- Si en la evolución presenta signos de insuficiencia respiratoria grave.

IRA MODERADA

Uno o más de los síntomas básicos, más frecuencia respiratoria mayor de 50 por minuto con o sin sibilancias.

Ausencia de signos de insuficiencia respiratoria grave.

MANEJO

1. Soporte de líquidos

Calórico: Continuar lactancia materna y alimentación habitual

Nutricional: Líquidos frecuentes en cantidades pequeñas.

2. Medidas generales de apoyo

a) Desobstrucción de la nariz:

- Lavar la cara con agua.
- Sonar el niño.
- Instalar solución salina en la nariz.

b) Manejo de la fiebre:

Temperatura: > 40.5 axilar, lavar el cuerpo con agua tibia por 30 segundos, media hora después del antitérmico

Temperatura: > 38.5 axilar o > 39.5 rectal, utilizar Antitérmico.

c) Manejo del dolor:

- ASA, 15 mg por kilo por dosis.
- Acetaminofen, 15 mg por kilo por dosis c/6 horas.
- Estas mismas dosis se usan como antitérmico.

d) Manejo de tos:

- Líquido para fluidificar las secreciones.

3. Antibioticoterapia

Menores de 5 años y frecuencia respiratoria de 50 por minuto:

- Penicilina procaínica: 20.000-50.000U x kg. peso, en 4.6 dosis.

- Trimetropín sulfato: 8 a 10 mg/kilo/dosis, vía oral, dividida en 2 dosis por 7 días.
- Control cada 48 horas.

4. Manejo de componente broncoobstructivo

Primer Episodio:

2 meses a 5 años con frec. respiratoria > 50 por minuto y sibilancias, utilizar SALBUTAMOL:

0.1–0.15 mgs/kg dosis, vía oral, cada 6 horas. Jarabe 2 mgs/5 cc.

< 1 año 1/2 tableta por 2 mg, c/6 horas por 7 días.

> 1 año 1 tableta por 2 mg, c/6 horas por 7 días.

No mejoría a las 12 horas: REMITIR.

Segundo Episodio con o sin IRA grave:

Remisión para valoración de la broncoobstrucción recurrente, o tratamiento de la IRA grave.

5. Terapia Respiratoria

Sólo se debe hacer en presencia de patología broncoobstructiva con secreciones, tos húmeda y respiración ruidosa.

- Hidratación de Secreciones: Fluidificar secreciones con líquidos orales 80 cc por día en varias tomas frecuentes.
- Técnica de limpieza bronquial: Percusión, movilización de secreciones, cambios de posición y tos provocada.
- Sesión diaria: 2 horas después de tomar los alimentos.

6. Manejo de casos especiales

IRA Moderada con diarrea o deshidratación grado I:

- a) Suero oral según normas.
- b) Medidas generales de apoyo mencionadas.

IRA Moderada con sarampión:

- Observación cuidadosa.

Otra patología sobreagregada:

- Medidas generales de apoyo mencionadas
Manejo de los síntomas igual al mencionado.

DE ALTO RIESGO son:

- Niños menores de 2 meses.
- Temperatura axilar mayor de 38.5, por más de 48 horas.
- Fiebre recurrente.
- Niños mayores de 2 meses con desnutrición severa.
- Niños con convulsiones.
- Patología no identificada.
- Estridor laríngeo.
- En su evolución, signos de insuficiencia respiratoria grave.
- No mejoría a las 48 horas.
- Bronconeumonía o neumonías asociadas.
- Laringitis obstructiva.

IRA GRAVE

Se caracteriza por insuficiencia respiratoria, frecuencia respiratoria superior a 50 por minuto, aleteo nasal, tiraje intercostal, ruidos agregados y síntomas de consolidación pulmonar. Además el paciente no recibe alimentos, tiene fiebre de 39°c o mayor, por más de 48 horas y puede presentar obstrucción laríngea.

Conducta: Remisión inmediata.



Crisis Aguda de Asma en niños

DEFINICION

El asma bronquial es una respuesta exagerada del árbol bronquial (bronco-obstructivo) a una variedad de estímulos, representada por tos, disnea y sibilancias, resultantes de un espasmo bronquial difuso, episódico y que puede cambiar en severidad espontáneamente. Estos episodios suelen estar separados por intervalos libres de síntomas, de variable duración.

CRITERIOS DE CLASIFICACION

Para clasificar la crisis aguda se utiliza el índice respiratorio.

INDICE RESPIRATORIO DEL ASMA						
Puntos	F.R.	Relación INS/ESP	Uso músculos accesorios	Cianosis	Sibilancias	Conciencia
0	30	5/2	NO	NO	Ninguna	Normal
1	31-45	5/3 - 5/4	+	Mínima	Final de espiración con fonendoscopio	Excitación leve
2	46-60	1/1	++	Moderada	Toda la espiración, con o son fonendo	Excitación menor o depresión.
3	60	1/1	+++	Severa	Audibles a distancia	Estupor o coma

Los puntajes se interpretan de la siguiente manera:

Normal: 0
Leve: 4-10
Moderada: 11-14
Severa: 15-18

Este índice deberá aplicarse al ingreso, a la 1/2, 1, 3, 6, 12, 24 horas. Una vez remitido el paciente, deberá complementarse con gases arteriales.

1. CRISIS AGUDA MODERADA

Características Clínicas

- Hiperventilación con aumento en la frecuencia respiratoria.
- Taquicardia.
- Cianosis sin oxígeno.
- Uso moderado de los músculos accesorios.
- Sibilancias.
- Disnea moderada.
- Agitación, intranquilidad.

MANEJO

- Ubicar al paciente en lugar tranquilo.
- Administre oxígeno húmedo con cánula nasal o mascarilla, a dosis de 2-3 lts/min.
- Aplique Adrenalina acuosa subcutánea, 1/1000, 0.01 ml/kg dosis, cada 20 minutos, tres dosis por vía subcutánea, o salbutamol.
- Si se cuenta con nebulizador:
Terbutalina (Bricanyl) 1 gota x cada 2 kg en 10-15 cc de procedimiento, cada 30 minutos, durante tres sesiones.
- Si el paciente mejora se maneja en forma ambulatoria, a base de Teofilina, 6 mg/kg/cada 6 horas, más Betaestimulante, 0,1 mg/kg dosis, cada 6 horas.
- Si el paciente, después de recibir las tres dosis de Beta-adrenérgico, presenta una valoración de índice respiratorio superior a 10 puntos, o el episodio

bronco-obstructivo produce severa limitación funcional, que no responde a las medidas mencionadas anteriormente, *debe procederse a su traslado para manejo hospitalario.*

2. CRISIS AGUDA SEVERA, SIN ESTADO ASMÁTICO

Características Clínicas

- Disnea severa.
- Cianosis con oxígeno.
- Sibilancias audibles a distancia, abundantes o incluso ausentes.
- Confusión, estupor o coma.
- Uso máximo de accesorios (esternocleidomastoideo)
- Deshidratación.

Instaurar medidas de :

- Oxígeno húmedo con cánula nasal o mascarilla a dosis de 2-3 lts/min
- Líquidos parenterales de acuerdo con el grado de deshidratación. Tenga en cuenta que si bien es ideal tenerlos adecuadamente hidratados, es mucho más peligroso la sobrehidratación, cualquiera que sea el grado de ésta, que un mínimo de deshidratación.
- Si la situación del paciente lo requiere o hay problemas de traslado, administre Aminofilina a 7 mg/kg, pasando bolo de solución hidratante en 20 a 30 minutos. Si recibió Teofilina en las 6 horas anteriores administrar 4 mg/kg. Seguir con Aminofilina de mantenimiento a 1 mg/kg/h endovenosa, preparando mezclas que no duren más de cuatro horas (pasar en Buretrol)
- Bien sea como sustituto del punto anterior o como complemento en casos que así lo requieran, administre Bricanyl (Terbutalina) en micronebulizador si se cuenta con este recurso. La dosis es la anteriormente indicada.
- Remita al paciente a nivel hospitalario, con las medidas necesarias de oxigenación.

3. CRISIS AGUDA SEVERA CON ESTADO ASMÁTICO

Características Clínicas

- Disnea severa con inminencia de falla respiratoria

- Cianosis con oxígeno.
- Uso franco de esternocleidomastoideo.
- Excitación o depresión sensorial.
- Índice respiratorio del asma mayor de 15

3.1. Se debe cumplir lo siguiente:

- Remita de inmediato al paciente a nivel hospitalario.
Mientras se remite al paciente:

- Verifique que el paciente sea ubicado en lugar tranquilo mientras se determina su traslado.
- Administre oxígeno húmedo con cánula nasal o mascarilla a dosis de 2 a 3 lts por minuto.
- Aplique Adrenalina I.V. a 1/1000; 0.01 mg/kg, dosis única subcutánea.
- Terbutalina (Bricanyl) 0.01 mg/kg, dosis única subcutánea.
- Desde el ingreso del paciente utilice Corticoides (están indicados sin ninguna duda), previa remisión del paciente.

Se puede utilizar:

- Metilprednisolona a 1 mg/kg/dosis, c/4-6 horas (Solumetrol)
- Hidrocortisona a 5 mg/kg/dosis, c/4-6 horas (Solucortef).
- Dexametazona a 0.3 mg/kg/dosis inicial, luego a 0.1 mg/kg/, dosis c/8 horas (Decadrón).

Complicaciones del embarazo

Se consideran a continuación los siguientes problemas o complicaciones del embarazo:

- I. Trastornos hipertensivos del embarazo.
- II. Parto pretérmino.
- III. Ruptura prematura de membranas.
- IV. Hemorragia al final del embarazo.
- V. Amenaza de aborto y aborto.

I. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Una parte importante de los trastornos hipertensivos del embarazo generan con frecuencia consultas de urgencias. Otra parte, por lo general es detectada en la consulta externa o el control de embarazo. A pesar de esto, tanto por la magnitud que tiene en nuestro medio la atención del embarazo, como por la importancia de la prevención, incluimos los trastornos más significativos.

1. Trastornos que pueden ser tratados ambulatoriamente

- Edema gestacional.
- Albuminuria gestacional.
- Hipertensión gestacional.

Debe recordarse que estos trastornos pueden transformarse con relativa rapidez en preeclampsia o Eclampsia y por tanto requieren un control estricto.

2. Trastornos que requieren hospitalización

- Preeclampsia leve y grave.
- Eclampsia.
- Enfermedad vascular hipertensiva.

Las principales características que permiten realizar el diagnóstico diferencial de los estados hipertensivos se encuentran en el cuadro No. 2. El manejo global ambulatorio se plantea en el gráfico No. 9.

TRATAMIENTO

1. Edema Gestacional

Observación cuidadosa con controles cada 8 días por consulta externa. Reposo en cama.

2. Albuminuria Gestacional

Reposo. Descartar patología renal solicitando parcial de orina, Nitrógeno Uréico y Creatinina en cada control. Paciente ambulatorio con controles cada 8 días.

El diagnóstico rápido de albuminuria puede realizarse por medio de cintas de Multistix o con Acido Sulfosalicílico.

3. Hipertensión Gestacional

Si la hipertensión es leve, manejar ambulatoriamente a la paciente con controles cada 4 días; si es grave, hospitalizarla. El manejo ambulatorio tiene como aspecto central corregir la hipertensión y controlar la albuminuria.

Además, solicitar laboratorio de rutina. Administrar dieta corriente, reposo en decúbito lateral izquierdo. Descartar preeclampsia y realizar monitoreo fetal cada 8 días.

La tensión arterial se toma primero con la paciente en decúbito lateral. Se coloca luego en decúbito dorsal y se toma la tensión 5 minutos después.

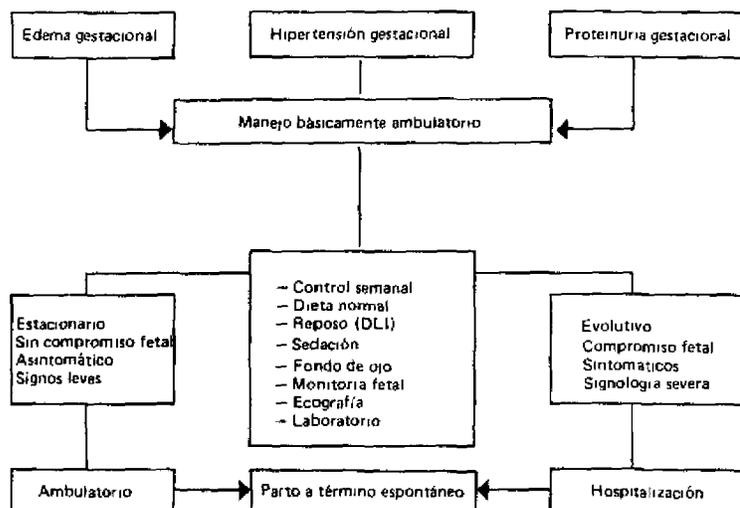
Esta prueba se considera positiva si la tensión sistólica aumenta en 20 mm, o 15 en la diastólica, en cuyo caso la paciente puede desarrollar Preeclampsia, por lo cual debe remitirse para tratamiento.

Norma crítica: En todos los casos anteriores si la paciente presenta la presión diastólica igual o superior a 140/90 mm de Hg, debe ser hospitalizada de inmediato, con o sin previos exámenes de laboratorio. Además, cualquier aumento en la presión sistólica de 30 mm de Hg, ó de 20 en la diastólica, debe ser manejado en idéntica forma.

CUADRO No. 2
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS

	ALBUMINURIA	EDEMA	HIPERTENSION	SINTOMAS	CONVULSIONES	DIURESIS	REFLEJOS
Edema Gestacional	—	Ganancia de peso > 2000 gr. por semana o fovea después de 12 horas de reposo	—	—	—	Normal	Normales
Albuminuria Gestacional	> 0.3g/lt en 24 h. > 1g/lt en muestra ocasional.	—	—	—	—	Normal	Normales
Hipertensión Gestacional	—	—	30 mmHg Sist. 15 mmHg Diast. Niveles de TA > 140/90 o PA media 105.	—	—	Normal	Normales
Preeclampsia Leve	< 5g/lt en 24 h.	Sin anasarca	< 160/110	—	—	Normal	2 - 3 +
Preeclampsia Grave	> 5g/lt en 24 h.	Anasarca o edema pulmonar	> 160/110	Cefalea Fosfenos Visión borrosa Epigastralgia Alt. conciencia	—	Oliguria	3 - 4 +
Eclampsia	Presente	Puede estar o no presente	Frecuentemente > 160/110	Igual que en la grave	Tónico-clónicas	Oliguria	Exaltados
Enf. vascular Hipertensión Preeclampsia	Presente	Presente	Ordinariamente cifras muy altas	Dependen de gravedad hipertensión	—	Dependen gravedad de preeclampsia	Según Preeclampsia
Enfermedad Vascular Hipertensiva	—	—	Si	—	—	Normal	Normales

GRAFICO No. 9
MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO



4. Manejo de la Preeclampsia, Eclampsia y Enfermedad Vascular Hipertensiva

a) Preeclampsia

La paciente debe ser remitida en forma inmediata.

b) Eclampsia

La paciente con inminencia de eclampsia, caracterizada por hipertensión grave, cefalea intensa, epigastralgia y alteraciones visuales debe ser remitida de inmediato, aplicando las siguientes medidas:

- Vasodilatadores: Apresolina, 10 a 20 mgs, vía IV
- Anticonvulsivantes: Sulfato de Magnesio, 6 gms IV, en goteo lento, ó Valium, 20 mgs, ó fenobarbital, 200 mgs.
- Transporte de la paciente en decúbito lateral y a baja velocidad.

Si la paciente presenta eclampsia, aplique las siguientes medidas:

- Vasodilatadores y anticonvulsivantes, en la misma forma anterior.

- Canalización de la vena y aplicación de solución Ringer.
- Aplicación de cánula bucofaríngea o cualquier otro elemento para evitar la mordedura de lengua, permitir la aspiración de secreciones y ventilar la paciente.
- Traslado de la paciente en decúbito lateral, evitando todo trauma cefálico, con buena ventilación y manejo de la ambulancia a baja velocidad.

II. PARTO PRETERMINO

Se entiende por parto pretérmino, aquel que se presenta entre las semanas 28 y 36 de gestación.

CLASIFICACION

1. *Amenaza de parto pretérmino:* Se presenta patrón regular de contracciones uterinas por más de una hora, con aumento creciente de intensidad, frecuencia y duración. No se encuentran modificaciones en el cuello uterino.
2. *Trabajo inicial de parto pretérmino:* Los síntomas anteriores con mayor intensidad. Puede haber expulsión del tapón mucoso. Puede presentarse sangrado moderado. Dilatación cervical menor de 4 cc.
3. *Trabajo avanzado de parto pretérmino:* Los síntomas anteriores más dilatación cervical, mayor de 4 cc.

MANEJO

Reposo Absoluto

La paciente debe ser remitida para hospitalización en unidad de alto riesgo.

Traslado en ambulancia conducida lenta y cuidadosamente.

Advertencia: No utilizar en ningún caso drogas inhibitoras de la contracción uterina antes de la remisión de la paciente.

III. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Es la ruptura espontánea de las membranas ovulares antes del comienzo del trabajo del parto. Cuando el tiempo pasado desde el momento en que se produjo el hecho es superior a 24 horas, se conoce como ruptura prolongada de membranas. La ruptura prematura de membranas puede cursar con infección intrauterina.

MANEJO

La especuloscopia y el tacto vaginal deben utilizarse sólo lo estrictamente necesario para establecer el diagnóstico. En el examen por tacto es posible establecer si hay presencia de cordón.

Una vez establecido el diagnóstico, la paciente debe ser remitida para hospitalización. En caso de presencia de cordón es necesario practicar el rechazo manual de la presentación, *incluso* durante el transporte de la paciente. La paciente debe permanecer en posición horizontal.

Traslado en ambulancia conducida lenta y cuidadosamente

IV. HEMORRAGIA AL FINAL DEL EMBARAZO

Es el sangrado genital que ocurre en el tercer trimestre de la gestación, en el cual se han descartado trastornos locales no obstétricos, como pólipos, várices, tumores, lesiones inflamatorias, discrasias sanguíneas y expulsión del tapón mucoso.

Las causas más frecuentes de hemorragia son:

- Abruption placentae: Hemorragia aguda súbita, dolor intenso y aumento notorio del tono uterino.
- Placenta previa: Hemorragia de variable intensidad, sin alteración del tono o la contracción uterina.
- Ruptura uterina: Hemorragia interna y externa, dolor intenso y se palpa el feto fuera del útero.

MANEJO

Valoración eficiente y rápida de la paciente. Si hay tiempo, valoración del feto.

La paciente debe ser remitida para estudio y tratamiento. Según el estado de la paciente es admisible utilizar la venoclisis antes de la remisión.

Traslado de la paciente a velocidad moderada.

No practicar tacto vaginal ni especuloscopia.

V. AMENAZA DE ABORTO Y ABORTO

El aborto es la interrupción de la gestación hasta la semana 22 del embarazo.

El problema puede presentarse en varias etapas:

- Amenaza de aborto: Sangrado vaginal, contracciones dolorosas y cuello cerrado.
- Aborto en curso inevitable: Sangrado vaginal, dilatación progresiva del cuello y salida parcial del producto.
- Aborto completo no infectado: Expulsión de partes ovulares.
- Aborto séptico: Alteraciones propias de la sepsis.
- Aborto retenido: Manchado hemorrágico intermitente, suspensión del crecimiento uterino y ausencia de signos de vitalidad fetal.

MANEJO

De las etapas mencionadas, sólo la amenaza de aborto admite tratamiento ambulatorio condicionado. Las demás etapas son de tratamiento hospitalario.

La amenaza de aborto se trata en forma ambulatoria atendiendo los siguientes parámetros:

- La paciente debe guardar reposo absoluto, mientras cede la hemorragia vaginal.
- La dieta debe ser a base de frutas, líquidos abundantes y harinas escasas.
- Es posible utilizar un sedante, tipo valium, de 5-10 mgs cada 12 horas

En todos los casos es indispensable educar a la paciente sobre los aspectos siguientes:

- Si el dolor y la hemorragia prosiguen luego de 24 horas, debe retornar a control.
- No tener relaciones sexuales.
- Evitar todo tipo de pujo o aumento de la presión intraabdominal.

Si la paciente no puede cumplir estas indicaciones en forma estricta, debe ser hospitalizada.

Es aceptable el uso de venoclisis antes del traslado de la paciente.

Nota: Es conveniente evitar el tacto vaginal y la especuloscopia, en forma repetida. No utilizar ningún tipo de medicamento con hormonas.

Norma crítica: Si la paciente con amenaza de aborto tiene antecedentes de hemorragia o abortos anteriores, o su embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo, debe ser remitida de inmediato para tratamiento hospitalario.

Advertencia: En el diagnóstico diferencial del aborto, debe tenerse presente la mola hidatiforme y el embarazo ectópico.

APENDICE*

ATENCION DEL RECIEN NACIDO SANO

Procedimiento

- a) A todo RN desde el momento del nacimiento debe cortársele el cordón umbilical, en los primeros 30 segundos de vida, pasarlo a una fuente de calor y secarlo.
- b) Idealmente, otra persona, mientras se practica lo explicado en el párrafo anterior, debe succionar por la boca la orofaringe y posteriormente las fosas nasales, con una sonda transparente de alimentación No 8. Al terminar esta maniobra se puede valorar el Apgar al minuto.
- c) Se debe permitir que el paciente se estabilice escuchando la frecuencia cardíaca con el fonendoscopio. A los 5 minutos se puede valorar el Apgar. Por segunda vez.
- d) Si el paciente se encuentra en buenas condiciones y de buena coloración, se pasa la sonda a estómago, se succiona su contenido y se liga el cordón con caucho o cintilla. Si el RN se encuentra estable, después de un examen físico *minucioso* se aplica vitamina K, 1mg IM. Se hace profilaxis oftálmica con Gantrisin, se viste y se pasa a la madre. El seno materno debe iniciarse entre las 3 y 6 horas del nacimiento.

*/ Copia de Pautas del Dpto. de Recién Nacidos, Hospital Infantil L.V de S