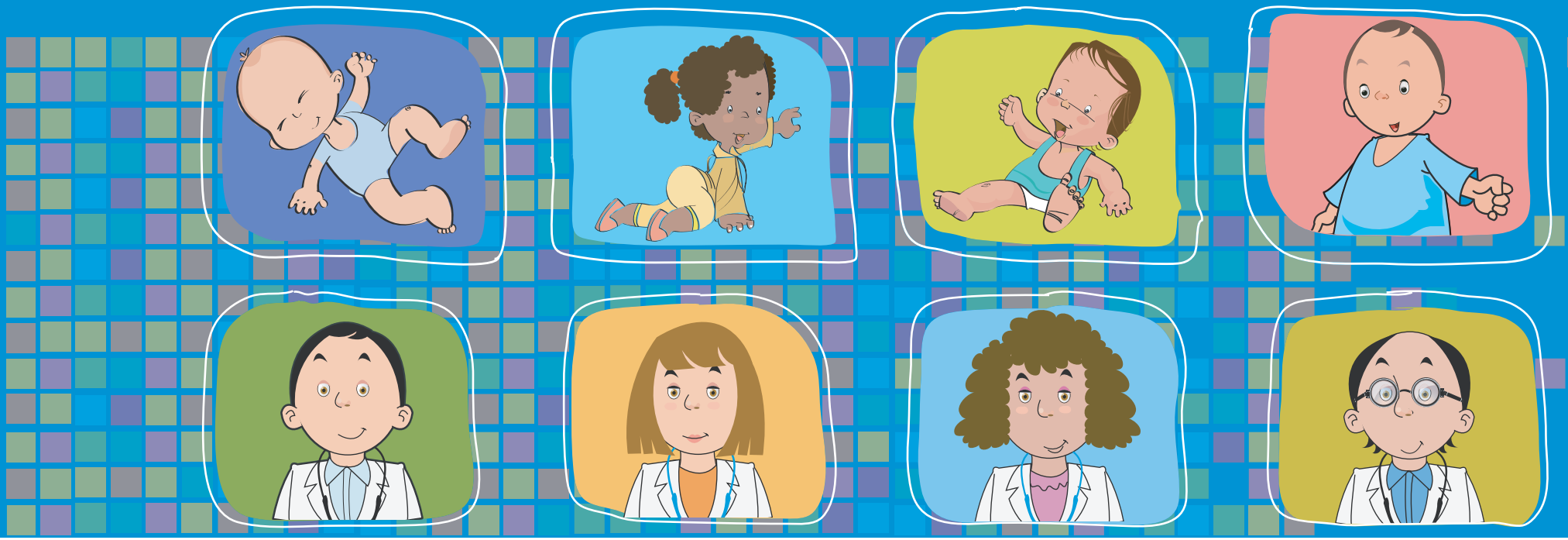
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia

(AIEPI) Clínico

CUADROS DE PROCEDIMIENTOS



Toda una Vida

EL GOBIERNO DE TODOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia

(AIEPI) Clínico

CUADROS DE PROCEDIMIENTOS

Para niñas y niños de 2 meses a menores de 5 años de edad

Toda una Vida

EL GOBIERNO DE TODOS

Ministerio de Salud Pública
Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Clínico
Cuadros de Procedimientos. Actualización 2017.

Quito / Ministerio de Salud Pública / Dirección Nacional de Normatización / MSP / 2017
92 páginas

ISBN

1. Atención primaria de salud
2. Salud infantil
3. Atención integral de la salud
4. Calidad de la atención
5. Ecuador

Autoridades

Dra. Verónica Espinosa, Ministra de Salud Pública
Dr. Carlos Durán, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Dr. Itamar Rodríguez, Viceministro de Atención Integral en Salud, E
Dra. Sonia Díaz, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud
Dr. Carlos Cisneros, Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dra. Inti Quevedo, Subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud Pública
Dr. Juan Chuchuca, Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Dra. Lisset Gabriela Tapia, Directora Nacional de Primer Nivel de Atención de Salud
Dra. Patricia Paredes, Directora Nacional de Normatización

Equipo de redacción y autores

Dr. Benoit Marchand, Consultor UNICEF, Empresa Pública YACHAY E.P.(Coordinador)
Dra. Betzabe Tello, Consultora UNICEF, docente Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Dr. Iván Dueñas Espín, docente e investigador, Pontifica Universidad Católica del Ecuador, Universidad Técnica Particular de Loja
Dra Ma.Belén Bonifaz, médica familiar y comunitaria

Equipo de revisión y validación

Dr. Andrés Vinueza, médico familiar y comunitario, Distrito 17D08
Dra. Verónica Vergara, médica pediatría, Hospital Básico Cayambe, MSP
Dra. Rebeca Lozano, Coordinadora de Pediatría, Hospital Latacunga, MSP
Dra. Ma Elena Caiza, médica pediatra, Centro de Salud N1, MSP
Dra. Alicia Cajamarca, médica familiar, Centro de Salud Chimbacalle, MSP
Dr. Stalin García, médico pediatra, Hospital Matilde Hidalgo de Procel, MSP
Dr. Boris Castro, médico familiar
Lcda. Estefanía Coronel
Lcda. Pamela Piñeiros, analista, Dir. de Promoción de la Salud-Nutrición, MSP
Dra. Fanny Fernández, analista, Proyecto de nutrición en el ciclo de vida, MSP
Dra. Flor Cuadrado, analista, Dir. de Promoción de la Salud-Nutrición, MSP
Dra. Catalina Verdesoto, médica pediatra, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, MSP
Lcda. Sofía Pozo, analista, Dirección Nacional de Normatización, MSP
Dra. Josefina Oviedo, médica pediatra, Hospital Enrique Garcés, MSP
Dr. Yorelvys Perdomo, médico
Dr. Jorge Iñiguez, médico
Lcda. Patricia Gutiérrez
Lcda. Jackeline Pinos, analista, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, MSP
Dra. Raquel Lovato, analista, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, MSP
Dra. Eulalia Narváez, analista, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, MSP
Mgs. Jorge Bejarano, técnico especializado, MSP
Psc. Ana Lucía Bautista, analista, Dirección Nacional de Discapacidades, MSP
Dr. David Armas, médico
Dr. Raif Nasre, especialista, Dirección Nacional de Normatización, MSP
Msc. María Esther Castillo, médica
Dra. Zoila R. Salazar, analista, PNAS-MSP
Dra. Mgs Mónica Borja, analista, DNPNAS-MSP
Dr. Patricio Gaón, médico
Mgs. Marcela Bolaños, analista, DNH-MSP
Md. Yasir Chara.
Dr. Fernando Espinoza, médico familiar, Hospital Gíneco Obstétrico Luz Elena Arizmendi
Dra. Kenny Cueva, médico general, Hospital General Isidro Ayora MSP
Lic. Patricia Murillo, analista, Estrategia Nacional de Inmunizaciones, MSP
Dra. Ana Cristina Ortiz, médica familiar, pediatra, Casa Cuna G. Posse, 17D04, MSP
Dr. Paul Toscano, médico familiar, Centro de Salud, 17D04, MSP
Lcda. Anabel Ponce, analista, Disminución de Mortalidad Materna- MSP/
Dr. Miguel Hinojosa, médico pediatra, Hospital Enrique Garcés, MSP
Dra. Mónica Andrade, médico familiar, Centro de Salud No. 8, MSP
Dr. Albert Chávez, pediatra, docente UCE, Facultad de Ciencias Médicas
Dra. Soledad Toledo, pediatra, Centro de Salud, 17D06, MSP
Dra. Carmen Cabezas, Presidente Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF)
Dra. Johana González, médica pediatra, Hospital Baca Ortiz, MSP
Ing. Rodrigo Tipán, analista, Distrital de Soporte Técnico y Redes-17D07
Dra. Jeannete Zurita, microbióloga, Hospital Vozandes
Dra. Elina Yánez, médico neonatóloga, Hospital General Docente de Calderón, MSP
Dra. Diana Aguilar, médica nutrióloga, Proyecto de nutrición en el ciclo de vida, MSP
Dr. Tito Carrión, médico general
Mgs. Ximena Raza, magister en Salud Pública, Coordinadora de DNN-MSP
Qf. Jacob Flores, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos
Dr. Yaris Fernández, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos
Soc. Sylvia Proaño, Dirección Nacional de Salud Intercultural
Mgs. Catalina Campos, Dirección Nacional de Salud Intercultural
Dr. Carlos Durán, médico general, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Msc. Katherine Silva, Oficial de Salud, UNICEF
Dr. Adrián Díaz, pediatra, asesor OPS/OMS Ecuador
Dr. Fernando Aguinaga, médico pediatra, Hospital Metropolitano
Dr. Ismael Soriano, médico salubrista y Nutricionista, OPS/OMS Ecuador
Dr. Gabriel Contreras, médico pediatra, Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Lic. Sandra Noboa, enfermera, docente, Universidad Central del Ecuador
Dra. Rosario Vaca, médico pediatra, Hospital de la Policía
Dr. Hernán Vinelli, médico, docente, Universidad Central del Ecuador
Dr. Vinicio Andrade, médico, docente, Universidad Internacional del Ecuador
Dra. Lilian Chamorro, médica familiar, Hospital de la Policía
Dr. Johan Herteleer, médico familiar, Clínica La Primavera
Dra. Anabelle Alfaro (Costa Rica) Grupo de Trabajo Dengue, OPS/OMS
Dr. Ernesto Pleités (El Salvador) Grupo de Trabajo Dengue, OPS/OMS
Dr. Eric Martínez (Cuba) Grupo de Trabajo Dengue, OPS/OMS
Dr. Keith H. Carter, Asesor Regional, Malaria, OPS/OMS

Personal de salud de la Zona I y IV durante talleres de validación.

Última revisión:
Lcdo. Psic., Eduardo Casañas V. Ministerio de Salud Pública
Dr. Benoit Marchant, Consultor UNICEF, Empresa Pública Yachay E.P. (Coordinador)

Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) clínico

Atención a la niña o niño de 2 meses a menor de 5 años de edad

Evaluar, clasificar y determinar el tratamiento

Preguntar a los padres o cuidadores qué problema tiene la niña o niño 6
1. Verificar si hay signos de peligro en general 6
2. Evaluar a la niña o niño con tos o dificultad respiratoria..... 6
2.1 Clasificar primero la obstrucción de la vía aérea 6
2.2 Si no hay obstrucción de la vía aérea, clasificar la tos o dificultad respiratoria 7
3. Evaluar a la niña o niño con diarrea 8
4. Evaluar a la niña o niño con fiebre, malaria, dengue o chikungunya 9
5. Evaluar problema de oído 11
6. Evaluar problema de garganta 11
7. Verificar crecimiento de la niña o niño 12
7.1 Evaluar y clasificar desnutrición aguda o sobrepeso 12
7.2 Evaluar talla y tendencia de crecimiento 13
8. Evaluar si tiene anemia 14
9 Verificar si ha recibido vitamina A, micronutrientes, hierro y albendazol 14
10. Evaluar otros problemas 15
11. Evaluar maltrato 15
12. Evaluar el desarrollo psicomotor 16
13. Verificar esquema de vacunación 16
14. Evaluar la salud oral de la niña o niño 18

Tratar a la niña o niño

Tratar a la niña o niño con sibilancia 19
Administrar broncodilatador de acción rápida 19
Clasificar y tratar a la niña o niño con estridor agudo (Crup)..... 21
Enseñar a la madre a dar medicamentos por vía oral 22
Dar antibiótico oral apropiado (Amoxicilina) 22
Dar antimaláricos por vía oral 23
Dar zinc 23
Dar paracetamol 23
Dar albendazol … 23
Antibiótico intramuscular antes de referir 24
Antimalárico IM o IV 24
Diazepam intrarectal para convulsiones 24
Dar antibiótico para faringoamigdalitis estreptocócica 24
Plan A y B 25
Plan C 26
Enseñar a tratar las infecciones localizadas 27
Secar el oído 27
Aliviar dolor de garganta y calmar la tos..... 27
Dar micronutrientes (Vitamina A, micronutrientes en polvo, hierro) 28

Indicar a la madre o cuidador/a cuando debe regresar

De inmediato (signos de alarma)..... 29
A consulta de seguimiento 29
A consulta de la niña o niño sano 29
Recomendar a la madre o acompañante sobre su propia salud 29

Atención de seguimiento y reevaluación

Sibilancias 30
Neumonía 30
Otitis 30
Diarrea con o sin deshidratación 30
Disentería leve 30
Diarrea persistente 30
Fiebre 31
Malaria 31
Dengue sin signos de alarma 31
Problema de alimentación 32
Anemia 32
Desnutrición 32
Desarrollo psicomotor..... 32
Talla baja 32
Sospecha de maltrato o falla en la crianza 33

Recomendar a los padres o cuidadores

Evaluar alimentación 34
Recomendaciones para la alimentación de la niña/o según la edad ... 35
Aconsejar a la madre sobre problema de alimentación 36
Recomendaciones ante sospecha de maltrato o falla en la crianza 38
Guía de estimulación temprana 39
Investigar las causas de la desnutrición y aconsejar 40
Investigar las causas del sobre peso u obesidad y aconsejar 41

Atención al neonato y a la niña o niño menor de 2 meses de edad

Evaluar y atender a la mujer durante el embarazo, trabajo de parto y parto.

Determinar riesgo durante el embarazo 42
Determinar riesgo durante el trabajo de parto y el parto 43
Manejo de emergencia frente a complicaciones del embarazo, parto y postparto 44

A. Atención a la niña o niño al nacer

. Atención inmediata a la recién nacida o recién nacido:
. Flujograma de atención 46
. Ayudando a los niños a respirar 47
. Prepararse para el nacimiento 47
. Puntos críticos para la reanimación neonatal básica 47
. Cuidados para mantener la vía aérea permeable durante la ventilación 48
. Valoración de la dicultad respiratoria 48
. Procedimientos de atención inmediata a la recién nacida o recién nacido 49
. Diagnóstico de edad gestacional (método de CAPURRO 50
. Cuidados esenciales de la recién nacida o recién nacido en el establecimiento de salud 51
. Vigilancia de la recién nacida o recién nacido en el establecimiento de salud durante las primeras 24 horas de vida 51
. Orientar a la madre sobre la lactancia materna inmediata y exclusiva 53
. Orientar a la madre o acompañante sobre cuidados generales de la recién nacida o recién nacido (RN) en el hogar 54
. Cuidados 'extra' en el hogar para una recién nacida o recién nacido prematura/o o con bajo peso al nace 55

B. Atención al neonato o menor de 2 meses enfermo

Evaluar, clasificar y determinar el tratamiento

1. Evaluar si tiene enfermedad muy grave o infección local 56
2. Evaluar presencia de ictericia 57
3.¿Tiene la niña o niño diarrea? 57
4. Determinar si la niña o niño tiene problemas de alimentación o bajo peso 58
5. Vericar si recibió BCG y HB 58
6. Enseguida determinar si tiene otros problemas 58
7. Evaluar maltrato 58
8. Determinar si la niña o niño tiene problemas de desarrollo psicomotor 59

Normas de estabilización y transporte para la referencia REFIERA 60

Tratar a la recién nacida o recién nacido y menores de 2 meses

Dar la primera dosis de antibióticos por vía intramuscular 61
Enseñar a la madre y cuidadores a tratar las infecciones localizadas 62
Dar paracetamol 62

Aconsejar a la madre y acompañantes sobre cuándo deben volver

Consulta de reevaluación y seguimiento 63
Cuando debe regresar de inmediato, signos de alarma 63
Cronograma de control para consulta integral a niñas y niños menores de 2 años 63

Atención de seguimiento y reevaluación del neonato y menor de 2 meses

. Infección bacteriana local 64
. Problemas de alimentación o bajo peso 64
. Moniliasis oral 64
. Diarrea 64
. Ictericia 64
. Problemas que causan discapacidad 65

Ofrecer servicios de atención y aconsejar a la madre sobre su propia salud

..... 65

Bibliografía

..... 67

Anexos

Mapa de riesgo para dengue, chikungunya y zika 71
Curvas de crecimiento para niñas y niños 72
Interpretación de indicadores de crecimiento 86
Figuras para evaluar el desarrollo psicomotor 87
Procedimiento para colocar sonda nasogástrica 88
Procedimiento para administrar diazepam intrarectal 88
Tablas de conversión libras y onzas a gramos 89
Evaluación del riesgo social 90
Alimentación terapéutico listo para su uso (ATLU) 91
Tamizaje para cardiopatías 92

Evaluar y clasificar a la niña o niño de 2 meses a menor de 5 años de edad

Preguntar a los padres o cuidadores qué problemas tiene la niña o niño

- **Determinar si es la primera consulta para este problema o si es una consulta para una reevaluación del caso.**
  - **Si es una consulta de reevaluación**, seguir las instrucciones para "Reevaluación y Seguimiento" p. 30
  - **Si es primera consulta**, examinar a la niña o niño del siguiente modo:

1 Verificar si hay signos de peligro en general

Preguntar:	*Observar:*
• ¿Puede la niña o niño beber o tomar el seno? • ¿Vomita la niña o niño todo lo que ingiere? • ¿La niña o niño ha tenido convulsiones?	• Verificar si la niña o niño está letárgico o inconsciente • ¿La niña o niño está teniendo convulsiones?

Dar atención URGENTE

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Cualquier de los siguientes signos: • No puede beber o tomar el seno • Vomita todo lo que ingiere • Ha tenido o tiene convulsiones • Está letárgico o inconsciente	**Enfermedad muy grave**	➢ Completar de inmediato la evaluación y examen físico y administrarmedicamentos indicados antes de referir. ➢ Si está convulsionando administrar diazepam intrarectal (p. 24) ➢ **Referir URGENTE, al hospital** aplicando medidas de estabilización "REFIERA" (p.60)

En seguida, preguntar sobre síntomas principales:

2 ¿Tiene la niña o niño tos o dificultad para respirar?

Si la respuesta es afirmativa:

Preguntar	*Observar, escuchar* La niña o niño tiene que estar tranquila/o
• ¿Hace cuánto tiempo? • Si hay sibilancias: – ¿Es el primer episodio? – ¿Es recurrente? – ¿Tuvo cuadro gripal previo? – ¿Ha presentado apneas? – ¿Nació prematuro?	• Contar las respiraciones en un minuto • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias • Observar si hay cianosis Si se encuentra disponible un oxímetro de pulso, medir la saturación de oxígeno, si esta es <90% la niña o niño debe ser referido al hospital.
Evaluar el riesgo social *(ver p. 90)*	

Edad de la niña o niño	Respiración rápida
De 2 a 11 meses	**50 o más** en un minuto
De 12 meses a 4 años	**40 o más** en un minuto

Si la niña o niño no tiene obstrucción de la vía aérea (sibilancia o estridor) evaluar según cuadro p. 7

Si tiene sibilancia ***Clasificar SIBILANCIA***

2.1 Clasificar primero la obstrucción de la vía aérea (SIBILANCIA o CRUP) utilizando el siguiente cuadro

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Primer episodio de sibilancias en **una niña o niño < 2 años con antecedente de cuadro gripal 1 a 3 días antes y uno de los siguientes criterios:** • Tiraje subcostal • Respiración rápida • Edad menor de tres meses • Antecedente de prematuridad • Apnea • Cianosis • Dificultad para beber o tomar el seno • Signos de deshidratación (p.8) • Saturación de oxigeno <90% • Riesgo social (p.90)	**Bronquiolitis grave**	➢ Administrar oxígeno si es posible ➢ Si tolera la vía oral aumentar ingesta de líquidos y leche materna. ➢ **Referir URGENTE al hospital** según las normas de estabilización y transporte "REFIERA" (p.60)
Primer episodio de sibilancias en una niña o niño < 2 años y mayor de 3 meses con antecedentes de cuadro gripal 1 a 3 días antes, **y:** • No presenta los signos de la clasificación anterior	**Bronquiolitis**	➢ En caso de obstrucción nasal, limpieza nasal con suero fisiológico cada 3-4 h. ➢ Aumentar ingesta de líquidos y leche materna ➢ Explicar a la madre como cuidar a la niña/o en casa ➢ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato al establecimiento de salud (p. 29) ➢ **No** administrar **NI** antibiótico **NI** salbutamol **NI** corticoides (no están indicados) ➢ Consulta de seguimiento en dos días (p.30)
Primer episodio de sibilancias y no cumple criterios para clasificarse como bronquiolitis	**Sibilancia**	➢ Tratar con broncodilatador de acción rápida (p. 19) ➢ Volver a clasificar una hora después de terminado el ciclo según el cuadro de clasificación para la niña o niño con SIBILANCIA PRIMER EPISODIO (p. 19)
• Sibilancias, y • Antecedente de episodio previo de sibilancias	**Sibilancia recurrente**	➢ Clasificar la severidad de la crisis de sibilancia recurrente o la crisis de asma e iniciar el tratamiento según esta clasificación (p. 19)

Si tiene estridor ***Clasificar el ESTRIDOR***

• Estridor agudo	**CRUP**	➢ Clasificar el CRUP y tratar de acuerdo a la severidad de la obstrucción (p. 21)

2.2. Si no hay obstrucción de la vía aérea clasificar la tos o dificultad respiratoria

Edad de la niña o niño	Respiración rápida
De 2 a 11 meses	**50 o más** en un minuto
De 12 meses a 4 años	**40 o más** en un minuto

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Si además de la tos o dificultad respiratoria tiene uno de los siguientes signos: • Cualquier signo de peligro en general (p. 6) • Saturación de oxígeno < 90%	**Enfermedad muy grave o neumonía grave**	→ Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado (p. 24) → Administrar oxígeno si es posible → **Referir URGENTE al hospital**, siguiendo las normas de estabilización y transporte (p.60)
No tiene ninguno de los signos anteriores pero tiene: • Tiraje subcostal o • Respiración rápida	**Neumonía**	→ Valorar el riesgo social (ver p. 90) para decidir tratamiento ambulatorio, observación en el establecimiento de salud o referencia → Dar **amoxicilina a dosis altas por 5 díassi existe tiraje y por 3 días si solamente existe respiración rápida**[(a)](p. 22) → Recomendar a los padres o cuidadores como tratar la fiebre (p.23 →)Si la tos persiste por más de 21 días referir para valorar posible asma, tosferina, tuberculosis u otra patología. → Indicar a la madre o cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato (p. 29) → Hacer seguimiento 3 días después (p. 30)
Ningún signo de enfermedad muy grave o neumonía	**TOS o resfriado**	→ Si la tos persiste por más de 21 días referir para valorar posible asma, tosferina, tuberculosis u otra patología. → Aliviar los síntomas como la obstrucción nasal y la tos con un remedio casero (p. 27) → Indicar a los padres o cuidadores los signos de alarma para regresar al establecimiento de salud de inmediato (p. 29) → Indicar a los padres o cuidadores que regresen al establecimiento de salud en 5 días si la niña o niño no mejora.

(a) De acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud OMS, basadas en evidencias (ver referencias 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30 p.67)

- Una niña o niño clasificada como NEUMONÍA que tiene **tiraje subcostal** (sin signos de peligro en general) puede ser tratada de manera ambulatoria con dosis altas de amoxicilina (80-90 mg/kg/día) por via oral por **5 días.**
- Una niña o niño clasificada como NEUMONÍA que tiene **solamente respiración rápida** puede ser tratada con amoxicilina a dosis altas (80-90 mg/kg/día) por **3 días.**
- La dosis total de amoxicilina se divide en dos administraciones por día, cada 12 horas.

3. ¿Tiene la niña o niño diarrea?

Si la respuesta es afirmativa,

Preguntar	*Observar y explorar*
• ¿Desde hace cuántos días? • ¿Hay sangre en las heces? • ¿Ha recibido algún medicamento?	• Determinar el estado general de la niña o niño - ¿Está letárgica o inconsciente? - ¿Está intranquila/o e irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Ofrecer líquidos a la niña o niño - ¿Bebe mal o no puede beber? - ¿Bebe ávidamente, con sed? • Signo del pliegue cutáneo: al pellizcar la piel, vuelve al estado anterior: - Muy lentamente (más de 2 segundos)? - Lentamente (en 2 segundos o menos)?

Clasificar la DIARREA

	Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Evaluar estado de **hidratación**	**Dos de los signos siguientes:** • Letárgico o inconsciente • Ojos hundidos • Bebe mal o no puede beber • Signo del pliegue cutáneo: la piel **vuelve muy lentamente** a su estado anterior	**Deshidratación grave**	Si la niña o niño no tiene otra clasificación grave → **Administrar Plan C** en la unidad de salud (p.26) Si la niña o niño tiene otra clasificación grave: → Después de iniciar el plan C, **Referir URGENTE al hospital** según recomendaciones de estabilización y transporte (p.60) con la madre o cuidadores dándole sorbos de solución de SRO frecuentemente en el trayecto si la condición de la niña o niño lo permite (p. 26) → Recomendar a la madre que continúe dándole el seno. **Si la niña o niño tiene 2 años o más y vive en una zona con cólera,** administrar primera dosis de antibiótico recomendado por el MSP para cólera (p. 22) tan pronto como sea posible, cuando ya se hayan controlado los vómitos.
	Dos de los signos siguientes: • Intranquilo, irritable • Ojos hundidos • Bebe ávidamente, con sed • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior	**Deshidratación**	**Si la niña o niño no tiene otra clasificación grave:** → Administrar Plan B (p. 25) → Dar zinc por 14 días (p.23) → Indicar a los padres o cuidadores cuándo deben regresar de inmediato (p. 29) → Citar a consulta de seguimiento a los 5 días si la niña o niño no mejora (p. 30) **Si la niña o niño tiene otra clasificación grave o riesgo social (p.90)** → Referir URGENTE al hospital, con los padres o cuidadores dándole frecuentemente al niño o niña sorbos de solución de SRO en el trayecto → Recomendar a la madre que continúe dándole el seno
	• No hay suficientes signos para clasificar como deshidratación grave o deshidratación.	**No tiene deshidratación**	→ Recomendar aplicación del Plan A en casa incluyendo zinc (p 25) → Indicar a la madre/cuidadores cuándo debe regresar de inmediato (p. 29) → Citar a consulta de seguimiento 5 días después, si la niña/o no mejora (p. 30)
Y si tiene diarrea **desde hace más de 14 días**	• Con signos de deshidratación	**Diarrea persistente grave**	→ Clasificar la deshidratación según cuadro anterior y tratarla antes de referir a la niña / niño, salvo que tenga otra clasificación grave. → **Referir al hospital** siguiendo recomendaciones para el transporte (p.60) → Recomendar a la madre que siga dando el pecho → Si no es posible referir al niño/a, luego de tratar la deshidratación seguir recomendaciones del cuadro DIARREA PERSISTENTE (color amarillo)
	• No hay signos de deshidratación	**Diarrea persistente**	→ Dar vitamina A (p. 28) excepto si ya recibió una megadosis en el pasado mes → Dar zinc por 14 días (p. 23) → Explicar a los padres o cuidadores como deben alimentar a la niña o niño con diarrea persistente sin deshidratación (p.37) → Recomendar la madre que siga dándole el seno → Indicar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato (p. 29) → Hacer el seguimiento 5 días después en el establecimiento de salud (p. 30)
Y si tiene **sangre en las heces**	Si además de sangre en las heces tiene uno de los signos siguientes: • Fiebre alta • Cólicos abdominales • Dificultad o dolor al orinar o defecar	**Disenteria grave**	→ Clasificar la deshidratación y tratarla antes de referir a la niña o niño → Aplicar una dosis de un antibiótico apropiado antes de referir (p.22) → **REFERIR al hospital aplicando normas "REFIERA"**
	tiene sangre en las heces pero ninguno de los signos anteriores	**Disentería[(a)]**	→ Clasificar la deshidratación, tratarla y administrar zinc por 14 días (p. 23) → Dar recomendaciones para la alimentación de la niña o niño enfermo (p.37) → Explicar que la sangre probablemente desaparecerá después de algunos días → Indicar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato (p. 29) → Hacer seguimiento a los 3 días (p. 30)[(a)]

(a) Si existe riesgo social, o no será posible supervisar a los 3 días, o en caso de epidemia de disentería administrar antibiótico apropiado por 3 días (p. 22)

4. ¿Tiene la niña o niño fiebre?

Verificar si tiene fiebre por:
- Interrogatorio, o
- Se siente caliente al tacto, o
- ***Tiene temperatura axilar de 37.5 º C o más***

Si la respuesta es afirmativa

Determinar si el niño o niña vive o ha estado en los 14 últimos días en una zona de alto riesgo de malaria, alto riesgo de dengue o de chikungunya.

Preguntar:	***Observar y explorar***
• ¿Hace cuánto tiempo que tiene fiebre? - Si ha tenido fiebre hace más de 7 días: ¿Ha tenido fiebre todos los días?	• Si tiene rigidez de nuca • Determinar si tiene sangrados (petequias, equimosis, epistaxis, hematemesis, melenas, sangrado genital, gingivorragia o hematuria) • Inquieto e irritable • Dolor y/o distensión abdominal • Evaluar el estado de hidratación • Erupción cutánea En zona de alto riesgo de malaria: • Tomar gota gruesa o Prueba de Diagnóstico Rápido (PDR)

	Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Evaluar si la niña o niño tiene enfermedad febril muy grave	• Cualquier signo de peligro en general (p. 6) y/ o cualquier de los signos siguientes: - Rigidez de nuca - Aspecto tóxico (letargia, mala perfusión, hiper o hipoventilación, o cianosis) o apariencia de enfermo grave para el profesional - Edad < 3 meses y fiebre ≥38⁰ C - Edad de 3 a 6 meses y fiebre ≥39⁰ C	**Enfermedad febril muy grave**	→ Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado (p.24) → **Si la niña o niño vive o ha estado en una zona con alto riesgo de malaria en los últimos 14 días y el resultado de gota gruesa es positiva, clasificar como MALARIA GRAVE.** Llenar formulario de notificación correspondiente y dar una dosis de antimalárico IM o IV apropiada (p.24) → Dar una dosis de paracetamol para la fiebre alta (>38.5 °C) (p. 23) → **Referir URGENTE**al hospital aplicando normas de estabilización y transporte (p. 60)
Si la niña o niño vive o ha estado en los últimos 14 días en **zona de alto riesgo de DENGUE O CHIKUNGUNYA** (ver mapa en p. 71) **Y** Presenta **fiebre alta sin causa aparente** de 1 a 7 días **de inicio súbito y dos de los signos:** cefaleas, dolor retro orbitario, mialgias, artralgias, náusea o vómitos, erupción cutánea leucopenia Tiene probable dengue o Chikungunya : **Valorar la gravedad de la enfermedad**	**Si tiene uno de los siguientes signos de GRAVEDAD :** • Choque, hemorragia masiva, ascitis, derrame pleural, edemas, arritmia o fallo cardiaco, signos clínicos y/o de laboratorio de afección hepática importante (transaminasas≥ 1000 UI) • Alteración de la conciencia **Si tiene uno de siguientes signos de ALARMA :** • Dolor abdominal intenso y continuo o abdomen doloroso a la palpación, o distención abdominal • Vómito persistente • Sangrado de mucosas • Letargia, irritabilidad • Hepatomegalia dolorosa > 2 cm por debajo del reborde costal • Laboratorio: aumento progresivo del Htc	**Dengue grave** **Dengue con signos de alarma (DCSA)**	→ Iniciar hidratación IV según plan de hidratación de dengue (con lactato de Ringer o suero fisiológico al 0.9%) **DCSA**: Dosis de carga: 10 mL/kg/ en una hora, repetir 1 o 2 veces más si persisten signos de alarma y la diuresis es menor de 1 mL/kg/h **Dengue grave**: 20mL/kg en 15-30 minutos. Si desaparecen los signos de choque disminuir el volumen de líquido a 10 mL/kg/h, continuar por 1-2 h → Administrar oxígeno si hay disponible → **No administrar ningún medicamento por vía IM ni rectal** → Notificar inmediatamente al responsable de epidemiologia → **Referir URGENTE al hospital** según las normas de estabilización y transporte "**REFIERA**" acompañado por personal de salud (p. 60)
	• No cumple con los criterios para clasificar como Dengue grave o dengue con signos de alarma.	**Dengue sin signos de alarma (DSSA)** **o** **Chikungunya**	→ **Si la niña o niño presenta riesgo social (ver p. 90) , es menor de 1 año o tiene comorbilidad asociada, supervisar durante el día en el establecimiento de salud o REFERIR al hospital** → **Si la niña o niño no tiene lo anterior se puede manejar de manera ambulatoria:** → Recomendar reposo y uso de mosquitero durante la fase febril → Administrar paracetamol para la fiebre y el dolor (p. 23) → Dar abundantes líquidos orales → Dar información oral y escrita sobre signos de alarma (p.29), medidas de prevención, cuidado y contraindicaciones. → Explicar evolución natural de la enfermedad → Explicar la importancia de **NO usar** antiinflamatorios no esteroides como ibuprofeno, diclofenaco, etc. **No usar** ningún medicamento por vía IM o vía rectal, **No usar** NI corticoides NI antibióticos. → Control cada 24-48 horas (p.31), anotar dirección por si no acude a la cita. → Notificar y seguir indicación de vigilancia en salud pública
Si la niña o niño vive o ha estado en los últimos 14 días **en una zona de alto riesgo de MALARIA**, valorar así:	• **Si la niña o niño vive o ha estado en una zona con alto de riesgo de malaria en los últimos 14 días, no tiene signos de enfermedad febril muy grave ytiene uno de las siguientes características:** - Resultado de gota gruesa o PDR positiva (en caso de PDR (+), hacer gota gruesa) - Fiebre sin causa aparente	**Malaria**	→ Llenar formulario de notificación correspondiente → Dar una dosis de paracetamol si la fiebre alta (> 38.5 ° C) o si causa malestar (p. 23) → Indicar a la madre que le dé el **tratamiento antimalárico** completo a la niña o niño (p. 23) y cuándo debe volver de inmediato al establecimiento de salud (p. 29) → Hacer el seguimiento el establecimiento de salud en 3 días si la fiebre persiste (p. 31) → Si tiene fiebre cada día por más de 7 días, referir para evaluación. (Probablemente no sea malaria) → Dar recomendaciones para la alimentación de la niña o niño enfermo (p.37)

¿Tiene la niña o niño fiebre?

(Seguimiento del cuadro anterior)

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
• Fiebre que no cumple con las clasificaciones de la página anterior	**Fiebre**	→ Dar paracetamol para la fiebre alta > 38.5 °C (p. 23) o si la fiebre causa malestar y orientar el tratamiento de la fiebre en casa (p. 23) → Dar tratamiento apropiado para la condición que causa fiebre → Indicara la madre cuándo debe volver de inmediato (p. 29) → Hacer seguimiento 3 días después en el establecimiento de salud si persiste la fiebre (p. 31) → Si tiene fiebre cada día por más de 7 días, referir para evaluación en el establecimiento de salud.

Determinar si tiene enfermedad eruptiva y posibles signos de sarampión

- ¿Tiene o ha tenido **erupción cutánea maculo papular en los últimos 30 días?**

Si tiene erupción cutánea verificar:
- ¿La erupción cutánea es generalizada de progresión cefalocaudal y no vesicular? (sin ampollas)
- ¿Tiene uno de los tres siguientes signos: tos, catarro u ojos enrojecidos?

Clasificar enfermedad eruptiva

Erupción cutánea generalizada de inicio cefalocaudal y: • Tos, catarro u ojos enrojecidos	**Sospecha desarampión**	→ Dar vitamina A (p. 28) excepto si ya recibió una megadosis en el último mes. → Dar paracetamol si la fiebre es alta > 38.5^{0}C y recomendaciones para tratar fiebre (p. 23) → Notificar el caso a la unidad de epidemiología correspondiente → Seguimiento según orientación de la unidad epidemiológica correspondiente
Erupción cutánea generalizada de inicio cefalocaudal y • **NO tiene** tos o catarro u ojos enrojecidos	**Otra enfermedad eruptiva**	→ Dar paracetamol si temperatura > 38.5 ^{0}C y recomendaciones para tratar fiebre (p. 23) → Identificar causa probable de la fiebre → Orientar sobre signos de alarma para regresar de inmediatoal establecimiento de salud (p.29) → Hacer seguimiento en 3 días si la fiebre persisteen el establecimiento de salud (p.31)

5. ¿Tiene la niña o niño un problema de oído?

Si la respuesta es afirmativa

Preguntar:	*Observar y explorar*
• ¿Tiene dolorde oído? • ¿Tiene supuración del oído? En caso afirmativo, ¿Desde hace cuántos días?	• Observar si hay supuración del oído. • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja

Clasificar PROBLEMA DE OÍDO

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
• Tumefacción dolorosa al tacto, detrás de la oreja	**Mastoiditis**	→ Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado. (p. 24) → Dar la primera dosis de paracetamol para el dolor (p.23) → **Referir URGENTE al hospital.**
Uno de los siguientes signos y síntomas • Secreción visible del oído de menos de 14 días de duración ó • Dolor de oído	**Otitis media aguda**	→ **Dar un antibiótico apropiado por 5 días** * (p. 22) → Tratar adecuadamente el dolor con paracetamol según cuadro (p. 23) → Enseñar a la madre o acompañante como secar el oído con gasa o tela limpia si hay supuración (p. 27) → Hacer seguimiento 5 días después (p. 30)
• Secreción visible de oído desde hace 14 días o más	**Otitis media crónica**	→ Enseñar a la madre o cuidador a tratar la supuración del oído (p. 27) → Aplicar gotas de **ciprofloxacina** 3 gotas tres veces al día por 14 días, después del aseo cuidadoso del oído. Si deja de supurar se puede interrumpir el tratamiento a los 7 días. → Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (p. 29) → Hacer seguimiento 5 días después en el establecimiento de salud (p. 30)
• No tiene dolor ni secreción visible del oído. Puede tener tapón de cera, cuerpo extraño, trauma, otitis externa, etc.	**No tiene otitis media**	→ Realizar examen de oído y considerar tratamiento de acuerdo a la causa. → Asesorar a los padres o cuidadores que vuelvan urgente al establecimiento de salud si se presenta dolor de oído o secreción de oído. → Recomendar a los padres o cuidadores sobre los cuidados de la niña o niño en casa.

* Si la niña o niño es mayor de 2 años, no se ve muy enferma, no está desnutrida, no tiene otitis bilateral ni secreción del oído, no nació prematura y puede regresar fácilmente al establecimiento de salud, se puede proponer a los padres la aplicación de un **tratamiento diferido**, o sea tratar adecuadamente el dolor y recetar antibióticos solamente **si la niña o niño no mejora después de 3 días**. Explicar a los padres que la mayoría de las niñas o niños con otitis aguda se curan rápidamente sin antibióticos evitando así los efectos dañinos que pueden provocar a veces estos fármacos como diarrea, vómitos y erupción cutánea.

6. ¿Tiene la niña o niño un problema de garganta?

Si la respuesta es afirmativa

Preguntar:	*Observar y explorar*
• ¿Tiene dolor de garganta? • ¿Tiene fiebre? • ¿Qué edad tiene?	• Palpar para determinar si la niña o niño tiene ganglios cervicales anteriores crecidos y dolorosos • Observar la garganta para determinar si está eritematosa y si hay exudado en las amígdalas. • Observar para determinar si hay enrojecimiento de la garganta • Medir la temperatura

Clasificar PROBLEMA DE GARGANTA

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Si tiene todas las características siguientes: • Edad de 3 años o más con fiebre >38°C • Amígdalas eritematosas con exudado (pus) • Ganglios cervicales anteriores crecidos y dolorosos • Ausencia de tos	**Faringoamigdalitis estreptocócica** *	→ Dar un antibiótico apropiado (p. 24), explicar que el objetivo del antibiótico no es calmar las molestias sino prevenir complicaciones como la fiebre reumática. → Dar paracetamol para tratar la fiebre y el dolor y orientar sobre el tratamiento de la fiebre (p. 23) → Aliviar el dolor con un remedio casero inocuo (p. 27) → Orientar a la madre o cuidadores sobre signos de alarma para regresar de inmediatoal establecimiento de salud (p. 29)
Uno de las características siguientes: • Cualquier de los 3 últimos criterios anteriores en el menor de tres años o sin fiebre • Solo uno de estos criterios en cualquier edad	**Faringoamigdalitis viral**	→ Tratar la fiebre y el dolor con paracetamol (p.23) → Aliviar el dolor con un remedio casero inocuo (p. 27) → Explicar porque NO es necesario un antibiótico → Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediatoal establecimiento de salud (p. 29)
• No tiene criterios para clasificarse en ninguna de las categorías anteriores	**No tiene faringoamigdalitis**	→ Investigar otras causas de problemas de garganta*: ej: niña o niño duerme boca abierta y se despierta con la boca seca, goteo nasal posterior, úlceras en la boca.*

* Si es posible realizar una prueba rápida para detectar antígenos del estreptococo, esperar su resultado para confirmar la infección por estreptococo. Si el resultado es positivo seguir con las orientaciones del cuadro amarillo, si es negativo clasificar y tratar como faringoamigdalitis viral.

7. Enseguida verificar crecimiento de la niña o niño

7.1 Evaluar si presenta desnutrición aguda o sobrepeso u obesidad

Observar y palpar:
- Verificar si hay edema en AMBOS pies

Medir:
- Peso
- Longitud (en menor de 2 años) (a)
- Talla (en mayor de 2 años) (b)
- Perímetro braquial (PB) si no puede medir peso y talla.

Determinar: (ver curvas p.72)
- El peso para longitud (en menor de 2 años) Niña p. 74, niño p.75
- El peso para la talla (en mayor de 2 años) Niña p. 80, Niño p. 81

Si existe edema en ambos pies, peso/talla o longitud debajo de 3 DE, o PB < 11,5 cm

- Evaluar si tiene alguna complicación médica:
  - Cualquier signo de peligro
  - Cualquier clasificación grave (roja)
  - Neumonía con tiraje
- Si no tiene complicación médica
  - Niña o niño de 6 meses o más, ofrecer alimento terapéutico listo para su uso (ATLU) y evaluar si puede terminar la porción (prueba de apetito)
  - Niña o niño menor de 6 meses: evaluar si tiene problemas para tomar el seno

(a) En menores de 2 años, la longitud es tomada con una niña o niño recostada/o (en decúbito dorsal).

*Nota: si no se puede acostar a una niña o niño menor de 2 años de edad para medirle la longitud, medir la talla en posición de pie y **sumar 0,7 cm** para convertirla a longitud.*

(b) En mayores de 2 años, la talla es tomada con la niña o el niño de pie

*Si no se puede medir de pie a una niña o niño de 2 años de edad o más, medir la longitud en posición acostado boca arriba **y restar 0,7 cm** para convertirlo a talla.*

Es necesario contar con tallímetro/infantómetro estandarizado y en buen estado y aplicaradecuadamente las técnicas de antropometría.

Evaluar si tiene **DESNUTRICIÓN AGUDA**

Evaluar si tiene **SOBREPESO u OBESIDAD**

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Uno de las siguientes características: • Edema en AMBOS pies • **Peso/longitud o talla:** el punto cae por debajo de la curva -3 DE según el sexo (c) • Perímetro braquial <11.5cm **Y uno de las características siguientes:** Niña/o < 6 meses, peso < 4 kg, complicación médica, prueba de apetito negativa, (p.91) Problema para tomar el seno, riesgo social	**Desnutrición aguda severa con complicación**	➢ Llenar formulario de notificación antes de referir ➢ Dar vitamina A (p. 28) excepto si ya recibió una megadosis en el último mes. ➢ Dar primera dosis de un antibiótico apropiado (p. 24) ➢ **Referir URGENTE al hospital**siguiendo las recomendaciones ¨REFIERA¨ para el transporte (p.60)
Uno de las siguientes características: • Peso/ (longitud o talla) el punto cae por debajo de la curva -3 DE según el sexo (c) • Perímetro braquial <11.5cm **Y** • Prueba de apetito positiva (p.91)	**Desnutrición aguda severa sin complicación**	➢ Manejo multidisciplinario (médico, psicólogo, nutricionista, trabajadora social) ➢ Llenar formulario de notificación. ➢ **Dar amoxicilina por 5 días** (p.22) ➢ Administrar alimento terapéutico listo para uso (ATLU), ver p.91. ➢ Investigar las causas de la desnutrición (p. 40) ➢ Evaluar la lactancia materna o la alimentación de la niña o niño y recomendar a los padres o cuidadores sobre la alimentación, tal como se indica en la sección sobre ALIMENTACIÓN (p. 34 y p. 40) ➢ Evaluar desarrollo psicomotor (p. 16) ➢ Dar seguimiento 7 días después en visita domiciliaria (p.32) ➢ Orientar a la madre sobre los signos de alarma para volver de inmediato (p. 29)
Si tiene una de las siguientes características: • Peso/ (longitud o talla) el punto cae por debajo de la curva -2 DE hasta la -3 DE (incluye si el punto cae en la curva -3 DE), según el sexo. • Perímetro braquial ≥11.5 cm y <12.5 cm	**Desnutrición aguda moderada**	➢ Llenar formulario de notificación. ➢ Investigar las causas de la desnutrición (p. 40) ➢ Evaluar la lactancia materna o la alimentación de la niña o niño y recomendar a los padres o cuidadores sobre la alimentación, tal como se indica en la sección sobre ALIMENTACIÓN (p. 34 y p. 40) ➢ Evaluar desarrollo psicomotor (p. 16) ➢ Administrar ATLU o micronutrientes según la edad (p.14) ➢ Dar seguimiento 7 días después en el establecimiento de salud (p.32) ➢ Orientar a la madre sobre los signos de alarma para volver de inmediato (p. 29)
Si tiene una de las siguientes características: • Peso/ (longitud o talla) en el canal de normalidad: el punto cae en la curva + 1 DE o por debajo hasta la curva -2 DE (incluye si el punto cae en la curva -2 DE) • Perímetro braquial ≥ 12.5 cm	**No tiene desnutrición aguda**	➢ Felicitar a la madre o responsable por el peso de la niña o niño. ➢ Realizar control de la niña o niño sano, y valorar desarrollo psicomotor (p. 16) ➢ Si la niña o niño es menor de 2 años, evaluar su alimentación y aconsejar a la madre sobre la alimentación adecuada para su edad (p. 34y 35) ➢ Administrar micronutrientes de acuerdo a la edad (p. 14) ➢ Orientar a la madre sobre signos de alarma para volver de inmediato (p. 29)
* Peso/longitud o talla: el punto cae por encima de lacurva +3 DE, según el sexo	**Obesidad**	➢ Investigar causas del sobrepeso u obesidad y aconsejar (p.41) en particular - **Recomendar la disminución del consumo de bebidas azucaradas (gaseosas), dulces, pasteles, frituras, etc. (comida chatarra o rápida)** - **Promover la actividad física mediante el juego, de acuerdo a la edad de la niña/o** ➢ Aconsejar a la madre sobre la alimentación adecuada para su edad (p. 34) ➢ Realizar control regular según cronograma establecido (p. 29) Si después de dos controles regulares, persiste con sobrepeso o con obesidad, referir para evaluación por equipo multidisciplinario.
* Peso/longitud o talla: el punto cae por encima de lacurva +2 DE hasta la curva + 3 DE según el sexo. (incluye si el punto cae en la curva + 3 DE)	**Sobrepeso**	
* Peso/longitud o talla por encima de la curva +1 DE y hasta la curva + 2 DE según el sexo (incluye si elpunto cae en la curva + 2 DE)	**Riesgo de sobrepeso**	➢ Evaluar la alimentación y corregir los problemas identificados (p. 34y p.40) ➢ Reforzar recomendaciones nutricionales según la edad (p. 35) ➢ Hacer consultas de seguimiento en cada control de salud (p. 29) ➢ Orientar a la madre sobre los signos de alarma para volver de inmediato (p. 29)

7.2. Enseguida evaluar en toda niña o niño la longitud o talla y la tendencia de crecimiento (Requiere contar con dos o más medidas previas)

Determinar

- Longitud para la edad (en menores de 2 años Niña p. 78, niño p.79
- Talla para la edad (en mayores de 2 años) Niña p.84, niño p.85

En toda niña o niño evaluar la **LONGITUD O TALLA**

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
• **Longitud o talla/edad:** el punto cae por debajo de la curva -2 DE según el sexo	**Talla baja**	➢ **Si la niña o niño tiene de 6 a 23 meses de edad, dar zinc durante 12 semanas**(p. 23) ➢ Evaluar la lactancia materna o la alimentación y corregir los problemas identificados (p. 34) ➢ Dar recomendaciones nutricionales según la edad de la niña o niño (p.34) ➢ Incorporar alimentos fuentes de proteínas (según disponibilidad). ➢ Indicar complemento o suplemento nutricional (según disponibilidad). ➢ Dar micronutrientes de acuerdo a la edad (p.14) ➢ Realizar visita domiciliaria y monitoreo de la talla en 30 días (p.32)
• **Longitud o talla /edad** el punto cae en o por encima de la curva -2 DE según el sexo (a)	**No tiene talla baja**	➢ Felicitar a la madre o responsable por la talla de la niña o niño. ➢ Realizar control de la niña o niño sano, y valorar desarrollo psicomotor (p.16) ➢ Reforzar las recomendaciones nutricionales según la edad (p 35) ➢ Administrar micronutrientes de acuerdo a la edad (p.14) ➢ Orientar a la madre sobre signos de alarma para volver de inmediato al establecimiento de salud (p. 29)

(a) Si el punto cae por encima de la curva + 3 DE y si los padres tienen estatura normal, clasificar como TALLA MUY ALTA y referir a la niña o niño para evaluación médica especializada.

Determinar

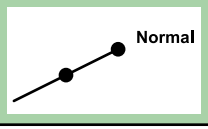
- Peso para la edad

  Niña 0-2 años, p.76
  Niña 2-5 años, p.82

  Niño 0-2 años, p.77
  Niño 2-5 años, p.83

En toda niña o niño sobre todo menor de 2 años

Evaluar la TENDENCIA DE CRECIMIENTO

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
• Tendencia horizontal o descendente en la gráfica de crecimiento **peso/edad o peso /talla** según el sexo o • Tendencia horizontal en la gráfica **longitud o talla/edad** 	**Tendencia de crecimiento inapropiada** (b)	➢ Investigar la causa de crecimiento inadecuado (p. 40) ➢ Evaluar el desarrollo (p.16) ➢ Evaluar la alimentación, en particular calidad, cantidad y frecuencia (p 34) ➢ Informar sobre alimentación para la edad con énfasis en aumentar la frecuencia, cantidad y consistencia. (p.35) ➢ Proporcionar micronutrientes según la edad (p.14) ➢ Realizar visita domiciliaria para dar seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de alimentación a los 7 y 15 días. ➢ Citar a los 30 días para evaluar la tendencia de crecimiento. ➢ Si tiene crecimiento inadecuado durante dos meses seguidos indicar: Hematocrito, hemoglobina, y elemental y microscópico de orina; **REFERIR** con pediatra o nutricionista. ➢ Orientar a la madre sobre signos de alarma para volver de inmediato (p. 29)
• Tiene tendencia ascendente en las gráficas de crecimiento peso/edad, peso/talla o longitud o talla/edad, según el sexo 	**Tendencia de crecimiento apropiada**	➢ Felicitar a la madre y a la niña o niño ➢ Reforzar las recomendaciones nutricionales según la edad (p 35) ➢ Realizar control regular según cronograma (p. 29) ➢ Evaluar el desarrollo según la edad (p 16)

(b) Esta clasificación de la tendencia de crecimiento no aplica en el caso del seguimiento de la niña o niño con sobre peso y obesidad.

8. Enseguida evaluar si tiene anemia

Observar	*Determinar*
• ¿Tiene palidez palmar [a]? ¿Es intensa? ¿Es leve?	• Medir la hemoglobina y realizar corrección en función de la altura (ver cuadro abajo)

(a) Sensibilidad y especificidad de esta prueba clínica ver referencia No 51 p.69.

(*) Ajustes de las concentraciones de hemoglobina medidas en función de la altitud sobre el nivel del mar

Para conocer el nivel de hemoglobina de referencia, restar la cantidad siguiente al valor medido.

Ej: una niña de 2 años que vive a 1500 metros sobre el nivel del mar cuya concentración de hemoglobina es 11 g/dL, tiene una concentración de hemoglobina "real" de 11 -0.5 = 10.5 g/dL o sea, si no se realizaría el ajuste con relación a altitud, equivocadamente esta niña no sería diagnosticada con anemia.

Metros sobre el nivel del mar	Cantidad a restar a la concentración medida de Hg
<1000	0
1000-1499	0.2
1500-1999	0.5
2000-2499	0.8
2500-2999	1.3
3000-3499	1.9
3500-3999	2.7
4000-4499	3.5
4500-4999	4.5

Clasificar la ANEMIA

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Si tiene una de las características siguientes: • Palidez palmar intensa • Hb < 7 g/dL	**Anemia grave**	➢ **REFERIR urgente al hospital** aplicando recomendaciones para el transporte "**REFIERA**" (p. 60)
Si tiene una de las características siguientes: • Palidez palmar leve • Hb de 7 a 9.9 g./dL	**Anemia moderada**	➢ Evaluar alimentación y dar consejería nutricional. (p.34) ➢ Dar tratamiento con hierro [b] - **Si la niña o niño tiene entre 6 y 23 meses y si los sobres de micronutrientes en polvo están disponibles:** - Debe recibir un sobre de micronutrientes en polvo(contiene 10-12.5 mg de hierro) con un suplemento de hierro en forma de gotero o jarabe para completar el contenido en hierro del sobre de micronutriente (p. 28), cada día por 3 meses. - Entregar cantidad necesaria de sobres y suplemento de hierro para 14 días. - **Si los sobres de micronutrientes en polvo no están disponibles o si la niña o niño tiene menos de 6 meses o más de 23 meses de edad:** - La niña o niño debe recibir hierro por 3 meses en forma de gotero o jarabe (p. 28). - Entregar cantidad de hierro para 14 días de tratamiento. ➢ Citar a los 14 días para verificar la adherencia al tratamiento en el establecimiento de salud o en visita domiciliaria (p. 32) y luego cada mes. ➢ Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato al establecimiento de salud (p.29)
• Hb de 10 a10.9 g./dL	**Anemia leve**	➢ Evaluar alimentación y dar consejería nutricional. (p.34) ➢ Dar suplemento de hierro [b] - **Si la niña o niño tiene entre 6 y 23 meses y si los sobres de micronutrientes en polvo están disponibles:** aplicar el esquema de suplementación preventivo (p. 28)[c] - Si los sobres de micronutrientes no están disponibles o si la niña o niño tiene menos de 6 meses o más de 23 meses: administrar hierro como para anemia moderada ➢ Citar a los 14 días para verificar la adherencia al tratamiento en el establecimiento de salud o en visita domiciliar (p. 32) y luego cada mes. ➢ Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato al establecimiento de salud (p. 29)
• No tiene palidez palmar • Hb ≥ 11 g/dL	**No tiene anemia**	➢ Felicitar a la madre o a los cuidadores porque la niña o niño está sana/o ➢ Administrar suplementos nutricionales de acuerdo a la edad (Ver punto"9" a continuación)

(b) Si la niña/o tiene desnutrición aguda severa y recibe ATLU, no ofrecer hierro liquido o en forma de micronutriente en polvoporque ATLU ya contiene suficiente hierro
(c) El esquema preventivo (1 sobre pasando un día, por 6 meses consecutivos o hasta completar 90 sobres) es suficiente para corregir la anemia leve.

9. Enseguida, verificar si la niña o niño ha recibido:

Vitamina A: Si la niña o niño tiene entre 2 y 6 meses y no recibe lactancia materna o sucedáneos no enriquecidos con vitamina A preguntar: *¿Ha recibido una dosis de vitamina A en este periodo?*
Si la niña o niño tiene 6 meses o más, preguntar: *¿Ha recibido una dosis de vitamina A en los últimos 6 meses?*

Micronutrientes en polvo: Si la niña o niño tiene entre 6 y 23 meses preguntar: *¿Está recibiendo micronutrientes en polvo, 1 sobre pasando un día, o ha estado recibiendo micronutrientes durante 6 meses o hasta recibir 90 sobres?*

Hierro: Si la niña o niño nació con bajo peso (<2500 g) o prematuro (<37 semanas), tiene entre uno y 6 meses: *¿Está recibiendo hierro cada día?*
Si la niña o niño nació a término y con peso normal y tiene 4 o 5 meses, preguntar: *¿Está recibiendo hierro diario?*

Albendazol: Si la niña o niño tiene más de 1 año y vive en una zona donde las parásitos intestinales son un problema, o si tiene anemia, preguntar: *¿Ha recibido ALBENDAZOL en los últimos 12 meses?*

Si por lo menos una respuesta es negativa:

Administrar el o los medicamentos que le falta
según cuadro de micronutrientes(p. 28)
y/o albendazol (p. 23)

10. Evaluar otros problemas,

por ejemplo de piel u otros que refieran la madre o cuidadores.

11. Evaluar maltrato infantil (físico y/o psicológico) y abuso sexual en niñas y niños menores de 5 años

En toda niña o niño que se evalúe por cualquier causa, se debe investigar si existe maltrato

Si la niña o niño presenta:lesiones (moretones, traumas, quemaduras, etc.), intoxicación, o existe alguna sospecha de maltrato, proceder de la siguiente manera:

Preguntar:	*Observar y explorar*
• ¿**Cómo** se produjeron las lesiones? • ¿**Cuándo** se produjeron las lesiones? • ¿**Dónde** se produjeron las lesiones? • ¿En la escuela o en la casa alguien " te hace sentir mal", te insulta, te grita o te amenaza?	• Si presenta lesión física reciente o antigua: – ¿Es sugestiva de maltrato físico? – ¿Inespecífica de maltrato físico? • ¿Existen lesiones -recientes o antiguas-en el área genital o anal y/o flujo genital? • ¿Existe discrepancia entre los antecedentes del hecho / la edad y el tipo de la lesión? • ¿La niña o niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato? (recibe golpes, pellizcos, insultos, gritos, amenazas, etc.) • ¿La niña o niño está descuidada/o? (sucio, desnutrido, enfermo) • ¿Ha tenido hospitalizaciones o repetidas visitas por lesiones físicas? • Observar: – ¿El comportamiento/conducta de la niña o niño está alterado? (ej. asustada/o, irritable, tímida/o, callada/o, cohibida/o o tiene llanto fácil, etc.) – ¿El comportamiento del/los cuidador/es, es anormal? (¿Responden con evasivas, están muy nerviosos o hay inconsistencia en los relatos?)

Clasificar MALTRATO

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Uno o más de las características siguientes: • Lesión física sugestiva de maltrato • Fractura grave en cabeza o tórax • Fracturas de una o más extremidades • Marcas de mordedura humana • Lesiones en genitales o ano • Intoxicación de cualquier tipo	**Compatible con maltrato físico y/o abuso sexual**	➢ TRATAR las lesiones, cubrirlas si son amplias y profundas, tratar el dolor. ➢ **Referir URGENTE al Hospital** ➢ Llenar la ficha de notificación y referencia ➢ NOTIFICAR a la autoridad competente y COORDINAR con los equipos de protección de menores y/o servicio social para la atención del caso e IDENTIFICACIÓN de la persona maltratadora.
Dos o más de las características siguientes: • La niña o niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato físico, abuso sexual o maltrato psicológico • Lesiones físicas inespecíficas (cicatrices, pellizcos, etc.) • Comportamiento alterado de la niña o niño • Comportamiento anormal de los cuidadores • Niña/o descuidada/o en su higiene • Niña /o descuidada/o en su salud y nutrición • Hospitalizaciones o repetidas consultas por lesiones físicas. o **Niña o niño con alguna discapacidad mental y/o motora (moderada o grave) y uno o más de los ítems anteriores**	**Sospecha de maltrato físico o psicológico** **o** **falla en la crianza**	➢ Llenar la ficha de notificación y referencia. ➢ Referir a los servicios sociales y de salud de la comunidad para programas de prevención. ➢ Realizar seguimiento del caso mediante visitas domiciliarias iniciando a los 3 días (p.33) ➢ Citar a la niña o niño a consulta de seguimiento en 14 días al establecimiento de salud (p.33) ➢ Reforzar positivamente las habilidades parentales de "buen trato", respeto y garantía de los derechos de la niñez (p. 38)
• No hay signos compatibles con la posibilidad de maltrato y descuido.	**No hay sospecha de maltrato**	➢ Felicitar a los padres o cuidadores y reforzar positivamente las habilidades parentales de "buen trato", respeto y garantía de los derechos de la niñez. (p. 38) ➢ Recordar la próxima visita de crecimiento y desarrollo (p. 29)

Los equipos de salud debemos trabajar en la restitución de los vínculos afectivos y de los derechos de las niñas y niños maltratados

12. Evaluar el desarrollo psicomotor

- Si la niña o niño no tiene una clasificación grave ni tiene algún problema que le cause malestar o irritabilidad, **evaluar el desarrollo psicomotor** durante la consulta integral.
- Si no es posible evaluar el desarrollo durante la consulta, programar una cita para la fecha más próxima posible, cuando la niña o niño haya superado el problema agudo.
- Es particularmente importante evaluar el desarrollo en niñas/os con desnutrición.

PREGUNTAR:
(para identificar factores de riesgo para el desarrollo)

- Control prenatal inadecuado
- Problemas durante el embarazo, parto o nacimiento del niño o niña
- Prematuridad
- Peso al nacer menor a 2.500 g
- Antecedente de ictericia grave
- Hospitalización en el periodo neonatal
- Antecedente de enfermedades graves como meningitis, traumatismo de cráneo o convulsiones
- Parentesco entre los padres
- Deficiencia mental u otro problema mental en la familia
- Factores de riesgo ambiental como: violencia intrafamiliar, depresión materna, drogas o alcoholismo, sospecha de abuso sexual, abuso físico.

OBSERVAR Y EXPLORAR

1. **Perímetro cefálico (PC)** en niñas o niños menores de 2 años de acuerdo a la curva de PC, según edad y sexo. (Niña p. 72, niño p.79)
2. **Presencia de alteraciones fenotípicas**
   - Hendidura palpebral oblicua
   - Hipertelorismo
   - Implantación baja de oreja
   - Paladar o labio hendido
   - Hendidura palatina
   - Cuello corto o largo
   - Pliegue palmar único
   - 5to dedo de la mano curvo
3. **Hitos del desarrollo correspondientes al grupo de edad de la niña o niño** (p. 17).
4. **En ausencia de uno o más de estos hitos** evaluar presencia de hitos del grupo de edad anterior al grupo de edad de la niña/o (p 17)

Nota: En cada visita verificar si la niña o niño ve y oye

Clasificar el DESARROLLO

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Uno o más de las características siguientes • Perímetro cefálico < -2 DE o > +2 DE en el menor de 2 años según edad y sexo (p. 72) • Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas • Ausencia de uno o más hitos del grupo de edad anterior al grupo de edad de la niña o niño. (p.17)	**Probable retraso del desarrollo psicomotor**	➢ **REFERIR para una evaluación por una médica o médico pediatra.**
• Ausencia de uno o más hitos de su grupo de edad (p.17)	**Alerta para el desarrollo psicomotor**	➢ Aconsejar a los padres o cuidadores sobre la estimulación de su hija / hijo de acuerdo a su edad (p.39) ➢ Hacer una consulta de seguimiento y control en 30 días. ➢ Indicar a los padres o cuidadores que si la niña o niño no progresa en el desarrollo, que vuelva lo antes posible
• Todos los hitos de su grupo de edad están presentes pero existen factores de riesgo (p.17)	**Desarrollo psicomotor normal con factores de riesgo**	
• Todos los hitos de su grupo de edad están presentes (p.17) **Y** • No hay factores de riesgo.	**Desarrollo psicomotor normal**	➢ Felicitar a la madre o cuidadores ➢ Aconsejar a los padres o cuidadores para que continúe estimulando a su hijo o hija de acuerdo a la edad (p. 39) ➢ Hacer seguimiento según calendario de visitas de la niña o niño sano (p. 29) ➢ Indicar a los padres o cuidadores los signos de alarma para volver lo más pronto posible (p. 29)

13. Enseguida verificar esquema de vacunación de la niña o niño:

Cronograma de vacunación 2017 (consultar siempre el esquema vigente del año en curso)	Menor de 1 año					12 a 23 meses				24-35 meses	36 a 59 meses
	Nacimiento	2 meses	4 meses	6 meses	6 a 11 meses	12 meses	15 meses	18 meses			
	BCG, HB[a]	IPV 1 [b] Pentavalente 1 Rotavirus 1 Neumococo conjugado 1	OPV 2 Pentavalente 2 Rotavirus 2 Neumococo conjugado 2	OPV 3 Pentavalente 3 Neumococo conjugado 3	Influenza estacional (primer contacto) 2da dosis al mes de la 1ra [c]	SRP1 Fiebre amarilla	Varicela	SRP 2 (6 meses después de la primera dosis) DPT (1 año después de la dosis de pentavalente 3) OPV (1 año después de la dosis de OPV 3)	Influenza estacional (primer contacto)	Influenza estacional (primer contacto)	Influenza estacional (primer contacto)

(a) Para proteger de manera efectiva contra una hepatitis transmitida por la madre, la vacuna contra la hepatitis (HB) debe aplicarse lo más pronto posible después del nacimiento, antes de las 24 horas.
(b) A toda niña o niño sin antecedentes vacuna o de cualquier edad (1a dosis IPV; 2da y 3ra dosis con OPV, refuerzo con OPV).
(c) La vacuna influenza se administra como intervención de campaña de vacunación, en el período en el cual el país disponga la jornada de vacunación conforme al riesgo de la enfermedad
(d) La vacuna DT se aplica 5ta dosis de refuerzo a los 5 años, siempre y cuando haya recibido las 3 dosis de Pentavalente y el refuerzo con DPT, caso contrario procedercomo con el esquema de las MEF

Determinar hitos de desarrollo

Listado de indicadores del desarrollo que la mayoría de niñas y niños pueden hacer hasta la edad señalada.

En todas las niñas y niños que se evalúen por cualquier causa, se debe investigar si existe maltrato

2 a 4 meses
- ¿Mira el rostro?
- ¿Sigue a un objeto?
- ¿Reacciona a un sonido?
- ¿Cuándo está boca abajo, eleva la cabeza?

4 a 6 meses
- ¿Reacciona cuando se le habla?
- (Sonrisa, vocalización o llora)
- ¿Agarra objetos?
- ¿Emite sonidos?
- ¿Sostiene la cabeza?

6 a 9 meses
- ¿Intenta alcanzar un juguete u objeto?
- ¿Lleva objetos a la boca?
- ¿Cuándo hay un sonido gira su cabeza buscándolo?
- ¿Se da la vuelta sola o solo?

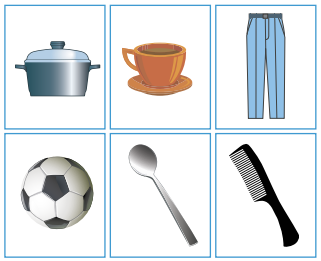
9 a 12 meses
- ¿Juega a taparse y descubrirse?
- ¿Se pasa objetos de una mano a la otra?
- ¿Duplica sílabas? (pa-pa, da-da, ma-ma)
- ¿Se sienta sin apoyo?

12 a 15 meses
- ¿Imita gestos?
- ¿Agarra objetos pequeños con el pulgar y el índice?
- ¿Conversa en su "idioma"? (Lenguaje Bebé)
- ¿Camina con apoyo?

15 a 18 meses
- ¿Ejecuta gestos a pedido? (Saluda, se despide, da besos, aplaude)
- ¿Mete objetos en un recipiente?
- ¿Dice una palabra a parte de papá y mamá? ¿Cuál?
- ¿Camina sin apoyo?

18 a 24 meses
- ¿Identifica dos objetos?
- ¿Garabatea espontáneamente?
- ¿Dice tres palabras aparte de papá y mamá? ¿Cuáles?
- ¿Camina para atrás?

2 años a 2 años y 6 meses
- ¿Se quita la ropa?
- ¿Construye una torre de tres objetos (ej. cubos)?
- ¿Reconoce dos figuras de objetos conocidos?



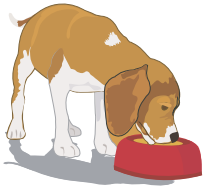
Ver ampliación en p. 87

- ¿Patea una pelota?

2 años y 6 meses a 3 años
- ¿Se pone solo una prenda de vestir ? (no cuenta sandalias, ni sombreros)
- ¿Construye una torre de seis objetos (cubos)?
- ¿Forma frases de dos palabras?
- ¿Salta con ambos pies?

3 años a 3 años y 6 meses
- ¿Dice el nombre de un amigo?
- ¿Dibuja una línea vertical?
- ¿Describe dos acciones que realiza

  Ejemplo: Qué sonido hace? ¿Qué hace el perro? (puede escoger la imagen de un animal más conocido en la zona)



Ver ampliación en p. 87

- ¿Tira la pelota por encima de sus hombros?

3 años y 6 meses a 4 años
- ¿Se pone una camiseta?
- ¿Mueve el pulgar con mano cerrada?
- ¿Conoce la respuesta a dos adjetivos?

  Ej.¿Qué haces cuando estás con frio?

  ¿Qué haces cuando estas con hambre?
- ¿Se para en cada pie por 1 segundo?

4 años a 4 años y 6 meses
- ¿Agrupa objetos por colores?
- ¿Copia un círculo?
- ¿Otras personas entienden lo que dice?
- ¿Salta en un solo pie?

4 años y 6 meses a 5 años
- ¿Se viste sin ayuda?
- ¿Copia una Cruz?
- ¿Comprende 4 preposiciones? (arriba, abajo, atrás, delante)
- ¿Se para en cada pie por 3 segundos?

14. Evaluar la salud oral de la niña o niño

Preguntar	*Observar*
• ¿Con qué y cada cuanto le limpia la boca a la niña o niño hasta la salida de sus primeros dientes? o • ¿Cómo y cada cuanto limpian la boca y los dientes de la niña o niño a partir de la erupción de los primeros dientes? • ¿Cómo supervisa a su hija o hijo durante la limpieza de los dientes, a partir de los 3 años? • ¿Su niña o niño se duerme por la noche sin haberse limpiado los dientes? • ¿La niña o niño come alimentos dulces, pegajosos o bebidas dulces? • ¿Usa biberón o chupón? • ¿Cuándo fue la última consulta con el odontólogo?	• Si presenta caries superficiales (manchas negras o huecos pequeños). • Si tiene placa blanquecina adherida al diente

Evaluar	Clasificar	Decidir y orientar
• Pieza dental con mancha o descalcificación. • Presencia de cavitación en la pieza dental.	**Caries dentales**	• Referir al odontólogo más cercano
• Dientes sin caries pero con placa blanquecina adherida a la pieza dental (placa bacteriana). • Uso de biberón • La niña o niño consume alimentos cariogénicos (Comidas o bebidas dulces (caramelos), alimentos pegajosos o exceso de alimentos con almidón; pizzas, pastas.)Inadecuados hábitos de cuidado bucal: - Padres no cepillan los dientes de la niña o niño - No ha consultado a odontología en el último año	**Dientes sanos con riesgo de caries**	• Dar recomendaciones para la salud bucal de la niña o niño (ver recuadro de abajo) e indicar la importancia de su aplicación para prevenir las caries. • Referir al odontólogo más cercano de su establecimiento de salud.
• Dientes y encías sanas.	**Dientes sanos sin riesgo de caries**	• Felicitar a la madre por el buen estado de salud bucal de la niña o niño. • Dar recomendaciones para la salud bucal de la niñao niño (ver recuadro de abajo)

Dar recomendaciones para la salud bucal de la niña o niño	• Realizar diariamente la higiene de los dientes: *a partir de los 4 meses* utilizar una gasa húmeda o paño bien limpio una vez al día de preferencia por la noche, *a partir de la salida de los primeros dientes*; limpiarles con un cepillo dental pequeño y suave sin pasta dental 2 veces por día y en particular antes de dormir, *a partir de los 18 meses* ese necesario cambiar de cepillo para limpiar adecuadamente las molares, a partir de*los 2 o 3 años se puede añadir un poco de pasta en el cepillo* y se puede empezar a involucrar a la niña o niño en el cepillado. • Recomendar alimentos que den resistencia al diente (leche, queso, pescado, cereales, frutas y verduras), de acuerdo a la edad de la niña o niño. • Evitar las comidas dulces o pegajosas, y bebidas dulces como colas, favorecen la aparición de caries • Evitar el uso de biberón o chupones. • Evitar ciertas prácticas que favorecen la transmisión de bacterias de la boca de los padres o cuidadores a la boca del niño como: *compartir utensilios con el bebé (cucharas, vasos, pocillos, etc.), limpiar el chupón con la saliva de los padres o cuidadores, soplar sobre la comida que se le da al bebé y besarlo en la boca* • Recomendar el control odontológico (con el dentista) por lo menos una vez al año, a partir de la erupción de sus primeros dientes. • Emplear sal con flúor y yodo para la preparación de los alimentos.
Conducta frente a la salida o erupción de los dientes	• Los primeros dientes de la niña o niño comienzan a salir a partir de los 6 meses de edad en la arcada inferior (incisivos inferiores) • En este periodo la niña o niño está molesta/o e irritable, puede tener salivación excesiva (babeo), este periodo suele durar una a dos semanas • En caso de ser necesario administrar paracetamol, de acuerdo a la edad.

Recordemos como tener buena comunicación con la madre y/o cuidadores
Preguntar, escuchar, felicitar, aconsejar

La base de una buena comunicación
es el respeto hacia las personas y a sus costumbres

Tratar a la niña o niño de 2 meses a menor de 5 años de edad con sibilancia

Si la niña o niño tiene un **primer episodio** de sibilancia:

Clasificar

- Darle 2 atomizaciones (*puff*) de salbutamol en spray con unhalocámara a repetir cada 15-20 minutos por 3 veces durante 1 hora si es necesario (p.20)
- Valorar a la niña o al niño después de este primer ciclo de inhalaciones de salbutamol
  - Si ha mejorado, clasificar según recuadro a la derecha
  - Si no ha mejorado (Tiene frecuencia respiratoria elevada o tiraje subcostal) repetir un nuevo ciclo de 3 inhalaciones (2 atomizaciones o *puff* por inhalación) por 1 hora antes de clasificar.

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
NO MEJORA **Tiene uno de los signos siguientes:** • Respiración rápida (ver definición en p.7) • Tiraje subcostal • Saturación de oxígeno <90%	**Crisis de sibilancia grave**	➢ **REFERIR al hospital según normas de estabilización y transporte (p.60)** ➢ Administrar oxígeno si está disponible ➢ Continuar administrando salbutamol por una o dos horas
MEJORA después de uno o dos ciclos de inhalación de salbutamol **Tiene todo lo siguiente:** • FR normal • Ausencia de tiraje	**Crisis de sibilancia leve**	➢ **Orientar el tratamiento en casa** ➢ Salbutamol inhalado (2 *puff*) con inhalocámara cada 6 horas hasta conseguir mejoría de la tos y durante no más de 5 días (p.20) ➢ Enseñar a la madre y acompañante los signos de alarma para regresar de inmediato (p.29) ➢ Consulta de seguimiento 2 días después (p.30) ➢ Explicar a los padres posibles evolución de la enfermedad

Si la niña o niño tiene un episodio de **sibilancia recurrente**:

Clasificar

- Valorar a la niña o niño

Observar y valorar	Examinar, determinar
• ¿Tiene alteración del nivel de la conciencia? • ¿Habla de acuerdo a las posibilidades de su edad? • ¿Tiene cianosis central?	- Frecuencia cardiaca (FC) - Intensidad de las sibilancias - Retracciones subcostales - Cianosis central (mucosas, región peribucal) - Oximetría en el examen inicial

- Si tiene algún signo de **GRAVEDAD** (Ver recuadro rojo) administrar salbutamol inhalado (p.20) y **REFERIR URGENTE**
- Si no tiene signo de GRAVEDAD al examen inicial aplicar uno o dos ciclos de salbutamol inhalado (2 atomizaciones cada 15-20 min a repetir 3 veces) por 1-2 horas.
  - Si no ha mejorado **REFERIR URGENTE** al hospital
  - Si ha mejorado VIGILAR por 3-4 horas, si los síntomas reaparecen dar tratamiento adicional 2-3 atomizaciones/hora y 1 dosis de prednisolona
    - Si no mejora o se pone peor REFERIR URGENTE al hospital
    - Si mejoró clasificar y tratar según recuadro verde

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Cualquiera de las características siguientes: • *Uno de los signos siguientes de GRAVEDAD en la evaluación inicial y posterior* - La niña o niño no es capaz de hablar o beber - Cianosis central (mucosas, región peribucal) - Retracciones subcostales - Saturación de oxígeno <90% - Tórax silencioso a la auscultación - FC > 200 latidos por minuto (niño de 0 a 3 años) - FC >180 latidos por minuto (niño de 4 y 5 años) • *Falta de respuesta al tratamientobroncodilatador inicial* - Falta de respuesta a 6 puff de salbutamol (2 puff, repetidas 3 veces) a lo largo de 1-2 horas - FR se mantiene rápida (2-11 meses:>50/min, 1 a 4 años:>40/min) • *Entorno social que dificulta la administración del tratamiento agudo a domicilio (riesgo social p.90)*	**Crisis de sibilancia recurrente grave**	➢ Administrar oxígeno ➢ Administrar salbutamol inhalado con inhalocámara (p.20) ➢ Dar la primera dosis de un corticoide a (ver dosis en el recuadro inferior izquierda) ➢ **Referir URGENTE** al hospital según normas de estabilización y tranporte (p.60)
No presenta ninguna de las características anteriores • No tiene alteración de la conciencia • Puede hablar frases • FC < 100 latidos por minuto • Intensidad de las sibilancias variable • Ha mejorado con el salbutamol inhalado	**Crisis de sibilancia recurrente leve a moderada**	➢ Administrar corticoide oral por 3 días (ver recuadro) ➢ Salbutamol inhalado cada 6 horas hasta conseguir mejoría de la tos y durante no más de 5 días (p.20) ➢ Orientar a la madre o acompañante como tratar la crisis de sibilancia recurrente ➢ Orientar a la madre sobre los signos de alarma para regresar de inmediato (p.29) ➢ Consulta de control en 2 días (p.30)

Corticoide para sibilancia recurrente o crisis de asma	
Peso	**Prednisolona/prednisona** 1-2mg/kg/dosis 1dosis única por día **por 3 días** Número de tabletas de 5mg
4-6 kg	1
7-9 kg	2
10-12 kg	3
13-15 kg	4
16-21 kg	5

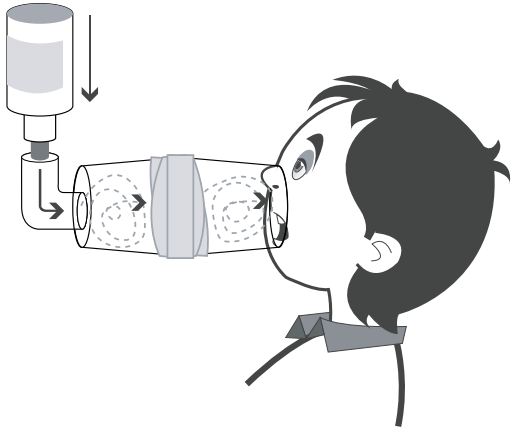
Administrar broncodilatador de acción rápida (salbutamol) en aerosol en caso de sibilancias

Insumos necesarios

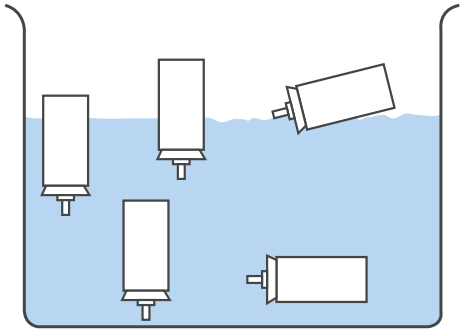
- Salbutamol para inhalar en aerosol (spray) de 200 dosis, 100 mcg por dosis/atomización (puff). Observar si el inhalador tiene medicamento (a)
- Inhalocámara limpia de 400 o 500 mL
- Si no dispone de inhalocámara, ésta se puede fabricar de la manera siguiente:

Técnica de los 2 vasos

- Unir 2 vasos de plástico o cartón.
- Por un hoyito introducimos el inhalador, por el otro lado hacemos un espacio para cubrir la boca y nariz.
- Se coloca la apertura más grande en la nariz y boca



(a) Observar si el inhalador tiene medicamento: para esto colocar el tubo metálico del inhalador en un recipiente con agua y observar si flota o toca el fondo, comparar con el siguiente diagrama y decidir cuánto medicamento tiene.



Procedimiento

- Agitar el inhalador de salbutamol
- Quitar la tapa del inhalador
- Adaptar el inhalador a la inhalocámara
- Colocar el extremo abierto del inhalocámara sobre la boca y nariz de la niña o niño evitando que haya escape de aire
- Contar del 1 al 5 (o dejar que la niña o niño respire 5 veces)
- Administrar un puff presionando el inhalador una vez y contar del 1 al 5 (o dejar que la niña o niño respire 5 veces) sin retirar la inhalocámara
- Administrar un segundo puff y contar del 1 al 5 (o dejar que la niña o niño respire 5 veces) sin retirar la inhalocámara
- Retirar la inhalocámara
- Limpiar la cara de la niña o niño.
- Dar un poco de agua o leche materna a la niña o niño.
- Esperar 15 a 20 minutos para administrar el siguiente ciclo, si es necesario

Administrar salbutamol en aerosol en el hogar hasta un máximo de 5 días en caso de que la niña o niño presente sibilancias

- Administrar, cada 6 horas día y noche, siguiendo el procedimiento ya explicado
- Verificar si la madre comprendió el procedimiento (pedirle que repita el procedimiento)
- La niña o niño debe ser referida/o al especialista para determinar el tratamiento a largo plazo.

Evaluar, clasificar y tratar
a la niña o niño de 2 meses a menor de 5 años de edad con CRUP

Si el niño tiene estridor agudo (CRUP)

- Minimizar las situaciones que causan angustia a la niña o niño como separarlo de sus padres o realizar exámenes innecesarios
  - Dejar al niño o niña en posición cómoda con sus padres
  - No colocar baja lengua
  - No tomar muestra de sangre
  - No tomar radiografía de tórax
- **Considerar siempre un cuerpo extraño**

Clasificar

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Uno de los signos siguientes: • Agitación o letárgico • Estridor inspiratorio marcado • Retracción torácica severa • Entrada de aire muy limitada • Cianosis • Saturación de oxígeno <90%	**CRUP grave**	➢ Minimizar las situaciones que causan angustia a la niña o niño como separarlo de sus padres o realizar exámenes innecesarios ➢ Administrar oxígeno si hay cianosis ➢ **Administrar 1 dosis de corticoide** (preferiblemente por v´â oral, si no es posible, usar la IM, IV o nebulizada (ver recuadros abajo) ➢ **Nebulizar con adrenalina** (ver recuadro abajo) si es posible ➢ **REFERIR al hospital** según normas de estabilización y transporte (p.60)
• Nivel de conciencia normal • Y uno de los siguientes signos - Estridor inspiratorio leve a moderado - Retracción torácica leve - Entrada de aire disminuida pero audible	**CRUP moderado**	➢ **Si no es posible supervisar a la niña o niño por 4-5 horas en el establecimiento de salud, o si existe riesgo social (ver p.90), manejar como CRUP grave.** ➢ **Si es posible supervisar a la niña o niño por 4-5 horas y los padres puedem regresar fácilmente al establecimiento de salud en caso de deterioro, actuar de la manera siguiente:** - Minimizar las situacionesque causan angustia a la niña o al niño como separarlo de sus padres o realizar exámenes innecesarios. - Administrar **una dosis de corticoide** preferiblemente por vía oral, si no es posible usar la vía IM o IV (ver recuadros abajo) - Si no existe mejoría después de 2 horas o si el estridor está empeorando: **Nebulizar con adrenalina (Si no se puede realizar este procedimiento REFERIR URGENTE al hospital)** - **Si después de dos nebulizaciones con adrenalina con 15 minutos de intervalo, no hay mejoría REFERIR URGENTE al hospital** aplicando normas de estabilización para el transporte (p.60) - Si después de 4 horas de observación o mínimo 3 horas después de la administración de adrenalina nebulizada), la niña o niño se mantiene estable (sin estridor en reposo, ni retracción torácica), enviar a casa • Entregar una dosis de corticoide oral a administrarse el siguiente día • Explicar a los padres el curso de la enfermedad • Explicar cuando regresar de inmediato (p.29)
• No tiene estridor en reposo (estridor solamente cuando la niña o niño está agitado) • No tiene retracción torácica • Tiene tos perruna ocasional	**CRUP leve**	➢ Administrar corticoide (dexametasona una dosis única, o bien prednisona o prednisolona 1 dosis por día por 2 días, ver cuadro abajo) ➢ Explicar a los padres el curso de la enfermedad ➢ Aumentar la ingesta de líquidos, pero sin forzar a la niña o niño ➢ Explicar cuando regresar de inmediato (p.29)

DEXAMETASONA
Una mejoría puede observarse después de 10 a 30 minutos

Peso	0.15-0.6 mg/kg/dosis (oral, IM o IV)
4-6 kg	1 mg
7-9 kg	2 mg
10-12 kg	3 mg
13-15 kg	4 mg
16-21 kg	5mg

La tableta de dexametasona tiene mal sabor. En su lugar se puede usar por vía oral el contenido de una ampolla para administración IV (4 mg/mL) mezclado con una bebida dulce.

PREDNISONA o PREDNISOLONA
1 mg/kg/día (dosis única, máx. 50 mg)

Peso	Tableta de 5 mg
4-6 kg	1
7-12 kg	2
13-15 kg	3
16-21 kg	4

La tableta de prednisona o prednisolona tiene mal sabor. Para facilitar su administración se puede diluir con una bebida dulce.

ADRENALINA al 1/1000=1mg/mL*
NEBULIZADA
CUIDADO solo la vía nebulizada es apropiada
Dosis: 0.5 mg/kg/dosis (Máx. 5mg/5mL)
a diluir en solución salina al 0.9%
hasta llegar a 10 mL o volumen del recipiente del nebulizador
Una mejoría se observa después de 10 a 30 minutos
y el efecto dura de 1 a 2 horas. Se puede repetir cada 15 a 20 min.

Peso	mg/dosis	
4-6 kg	2 mg	A diluir en solución salina al 0.9 % hasta llegar a 10 mL o el volumen del recipiente del nebulizador
7-9 kg	3-4 mg	
10-21 kg	5 mg	

Los antibióticos y el salbutamol NO están indicados en el manejo del CRUP

* La adrenalina racémica al 2.25% no es más efectiva ni más segura que la adrenalina estándar a 1mg/mL (Adrenalina L).

Tratar la niña o niño de 2 meses a menor de 5 años de edad

Administrar los tratamientos y seguir los procedimientos
Indicados en el cuadro evaluar y clasificar

Enseñar a la madre o acompañante a administrar los medicamentos por vía oral en casa

Seguir las instrucciones que figuran a continuación para todos los medicamentos orales que deban administrarse en casa.
Seguir también las instrucciones del cuadro de dosificación para cada uno de los medicamentos.

- Determinar qué medicamentos son apropiados y las dosis el peso o la edad de la niña o niño.
- Explicar las razones para dar el medicamento a la niña o niño.
- Demostrar cómo medir la dosis.
- Observar a la madre o cuidador mientras practica cómo medir una dosis.
- Pedir que le den la primera dosis y explicarles que hacer si vomita.
- Explicar en detalle cómo darle el medicamento y después rotularlo y colocarlo en el envase (si corresponde)
- Si debe administrar más de un medicamento, obtener, contar, colocar en una funda o frasco limpios, cada medicamento por separado (si corresponde)
- Explicar que <u>todas</u> las tabletas, o jarabes deben usarse hasta terminar el esquema de tratamiento, aunque la niña o el niño mejore.
- Explicar a la madre o cuidadores que los medicamentos deben guardarse en un lugar fresco y fuera del alcance de las niñas y los niños.
- Cerciorarse que han comprendido las explicaciones antes de que se retire del establecimiento de salud.

Dar ANTIBIÓTICO apropiado en caso de diarrea por CÓLERA con deshidratación moderada y grave

Se puede dar una de las opciones siguientes en **dosis única,** tan pronto cuando sea posible en las niñas o niños con deshidratación grave o moderada que siguen evacuando grandes volúmenes de heces: **doxiciclina** (2-4 mg/kg), **ciprofloxacina** (20 mg/kg) o **azitromicina** (20 mg/kg)

Dar un antibiótico oral apropiado

Para la neumonía, otitis media aguda,
desnutrición aguda severa sin complicaciones

AMOXICILINA
Dosis: 80-90 mg/kg/día, dividida en dos dosis por día (cada 12 horas)

Peso	SUSPENSIÓN 250 mg/5 mL	SUSPENSIÓN 500 mg / 5 mL	TABLETA 500 mg	Frecuencia
4-6 kg	4-5 mL	3 mL		Cada 12 horas
7-9 kg	6-8 mL	4 mL		
10-12 kg	9-10 mL	5 mL	1	
13-15 kg	11-13 mL	6 mL	1	
16-18 kg	14-16 mL	7 mL	1 ½	
19-21 kg	18 mL	9 mL	2	

Duración:

- **Neumonía con tiraje (sin signos de peligro), desnutrición aguda severa sin complicaciones**: 5 días
- **Neumonía con respiración rápida, sin signos de peligro, ni tiraje**: 3 días
- **Otitis media aguda:** 5-10 días

En caso de alergia comprobada a amoxicilina se puede administrar azitromicina oral 10 mg/kg/día 1 dosis por día por 3 días.

Dar antibiótico apropiado para casos de disentería que lo ameritan (p. 8)

Medicamento de elección: CIPROFLOXACINA
30 mg/kg/día dividida en dos dosis por día (cada 12 horas) por 3 días

Triturar la tableta y disolverla en una bebida de sabor agradable para la niña o niño

Edad	TABLETA 250 mg	TABLETA 500 mg	Frecuencia
Menores de 6 meses	½ tableta	¼ tableta	Cada 12 horas
De 6 meses a 4 años	1 tableta	½ tableta	por 3 días

Dar la primera dosis en el establecimiento de salud

Alternativa: AZITROMICINA20 mg/kg/día una vez por día por 3 días

Si la niña o niño no tolera la vía oral administrar una dosis de Ceftriaxona IM (p.24)

Enseñar a los padres o cuidadores a administrar los medicamentos en casa

Dar un antimalárico oral

Para falciparum no complicado:

Primera línea: 3 días de ARTEMÉTER 20 mg/LUMEFANTRINA 120 mg + 1 día de PRIMAQUINA

Peso en Kg	Edad en años	Número de tabletas de **arteméter 20mg/lumefantrina 120 mg** y tiempo aproximado de dosificación *						Total tabletas
		1er día		**2do día**		**3er día**		
		0h	8h	24h	36h	48h	60h	
5-14 kg	< 3 años	1	1	1	1	1	1	6
15-24 kg	3-8 años	2	2	2	2	2	2	12

PRIMAQUINA (7.5 mg-15 mg) 4to día	
Edad	Número de tabletas
<6 meses	No administrar
6 a 11meses	1 infantil (7.5 mg)
1 a 2 años	1½ infantil (11.25 mg)
3-6 años	1 tabletas de adulto

* **Alternativa**: primera dosis al momento del diagnóstico, segunda dosis 8 a 12 horas después de la primera dosis
La dosificación en el 2do y 3er día se administra dos veces al día (mañana y tarde)

Segunda línea: QUININA + CLINDAMICINA + PRIMAQUINA (con la misma dosificación que en el tratamiento de primera línea)

Medicamento y presentación	**Dosis y vía de administración niños > 2 años**
Quinina	10 mg / kg/ dosis, tres veces al día por 7 días
Clindamicina	10 mg/kg dosis, dos veces al día por 7 días

Para malaria vivax

CLOROQUINA + PRIMAQUINA (3 primeros días cloroquina más primaquina, 4 últimos días sólo primaquina

Edad	**Cloroquina 25 mg/kg dividida en 3 días Tableta de 150 mg**			**Primaquina 0.5 mg/kg/día Tableta de 7.5 mg y 15 mg**						
	Día 1	**Día 2**	**Día 3**	**Día 1**	**Día 2**	**Día 3**	**Día 4**	**Día 5**	**Día 6**	**Día 7**
< 6 meses	¼	¼	¼							
6 a 11 meses	½	½	½	1	1	1	1	1	1	1
1 a 2 años	1	½	½	1	1	1	1	1	1	1
3 a 6 años	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2

ZINC

Administrar zinc en niña/o con diarrea o talla baja

A. Zinc para tratamiento de la **diarrea** (aguda, persistente y disentería)

Dosis a administrar 1 vez al día por 14 días

Edad	**Dosis**	**Tableta dispersable de ZINC de 20 mg** a dispersar en 5 mL de leche materna, solución de SRO o agua potable (una cucharadita)*	**Jarabe de ZINC**
2 a 5 meses	10 mg	Media tableta **	10 mg
≥ 6 meses	20 mg	Una tableta	20 mg

B. Zinc para suplementación terapéutica en **talla baja,** en niñas y niños de 6 a 23 meses de edad

Dosis a administrar 1 vez al día por 3 meses (12 semanas)

Edad	**Tableta dispersable de ZINC de 20 mg** a dispersar en 5 mL de leche materna, solución de SRO o agua potable (una cucharadita)*	**Jarabe de ZINC**
6 meses a < 2 años	Media tableta (10 mg)**	10 mg

- Si la niña o niño tiene diarrea, además de talla baja, primero completar el tratamiento con zinc para la diarrea, a las dosis indicadas en el cuadro A y luego continuar con el zinc a las dosis indicadas en el cuadro B.
- El zinc debe ser administrado alejado de las comidas; por ejemplo, durante la noche antes de dormir.

** Una niña o niño mayor de edad puede masticar la tableta o tragarla con un poco de agua.*
*** Si la tableta no es ranurada, dispersarla en 5 mL de leche materna, solución de SRO o agua potable, administrar 2.5 mL de esta solución a la niña o niño, y desechar el resto.*

PARACETAMOL (acetaminofén)

Para fiebre alta (>38,5ºC) o que provoca incomodidad, dolor de oído, o dolor durante la erupción de los dientes

Dosis: 10-15 mg/kg/dosis
Cada 4 - 6 horas sin exceder 4 dosis al día, hasta que pase la fiebre alta, el malestar o el dolor de oído

Peso	**Gotas 100 mg/mL** 5 mg/gota	**Jarabe 160 mg/5 mL** 32 mg/mL	**Jarabe 120 mg/5 mL** 24 mg/mL	**Dosis en mg**	**Frecuencia**
4-4.9 kg	12-15 gotas	2 mL	3 mL	60-75 mg	Cada 4-6 horas Máximo 4 dosis al día
5-5.9 kg	15-18 gotas	2.5 mL	3-3.5 mL	75-90 mg	
6-8.9 kg	20 gotas	3-4 mL	4-5 mL	90-135 mg	
9-11.9 kg	30 gotas	4-5 mL	6-7.5mL	135-180 mg	
12-14.9 kg		5.5-7 mL	7.5 -9 mL	180-225mg	
15-17.9 kg		7-8 mL	9 -11 mL	225-270 mg	
18-20.9 kg		8.5-10 mL	11-13 mL	270-315 mg	

Como tratar la FIEBRE

- Dar abundantes líquidos, sin forzar a la niña o niño.
- Mantener a la niña o niño con ropa liviana o que esté en un lugar fresco. Que descanse según necesidad pero sin forzarlo.
- Si la fiebre es poca (<38.5° C axilar) o no molesta mucho a la niña o niño no es necesario bajarla, explicar que la fiebre puede ayudar a combatir la infección.
- Si la fiebre es alta (>38.5° C axilar) ó molesta mucho a la niña o niño, el PARACETAMOL es el tratamiento más efectivo, administrado cada 4 a 6 horas según necesidad.
- Los medios físicos (baños o paños de agua tibia en la frente o costado etc.) No son necesarios. **NO** son muy eficaces, pueden ayudar a bajar la temperatura pero sólo por un momento y pueden molestar a la niña o niño. Si se usan, se debe administrar PARACETAMOL media hora antes.
- Recomendar a los familiares **NO** bañar a la niña o niño con alcohol, **NI** con agua fría, **NO** abrigarlo o vestirlo demasiado, **NI** inyectarle para bajar la fiebre.

ALBENDAZOL

➢ Dar albendazol en el establecimiento de salud, dosis única si existen las 3 condiciones siguientes:

- Los parásitos intestinales son un problema en la zona donde vive el niño o niña
- La niña o niño es mayor de 1 año
- La niña o niño no ha recibido una dosis en los últimos 12 meses

Edad	**Dosis**	**Tab 400 mg**	**Solución 100 mg/5mL**
12 a 23 meses	200 mg	½	10 mL dosis única
Niña o niño de 2 años o más	400 mg	1	20 mL dosis única

Administrar los tratamientos que figuran a continuación en un establecimiento de salud

- **Explicar a los padres o cuidadores la razón por la cual se administra el tratamiento.**
- **Determinar la dosis apropiada para el peso de la niña o niño o para su edad.**
- **Usar jeringa y aguja esterilizada. Medir la dosis con exactitud.**
- **Administrar el medicamento mediante inyección intramuscular (IM).**
- **Si no se puede referir a la niña o niño se debe administrar antibióticos por vía IM. Seguir las instrucciones que figuran a continuación**

➢ *Administrar un antibiótico por vía intramuscular antes de REFERIR*

Para neumonía muy grave o enfermedad muy grave y mastoiditis
AMPICILINA (o PENICILINA CRISTALINA)

Desnutrición aguda grave
AMPICILINA (o PENICILINA CRISTALINA) + GENTAMICINA, *alternativa: ceftriaxona*

Para enfermedad febril muy grave
CEFTRIAXONA (más AMPICILINA si el niña/o tiene entre 2 y 3 meses) *alternativa: ampicilina + gentamicina*

UNA DOSIS ANTES DE REFERIR
(si no se puede referir a la niña o niño, dar la dosis indicada de ampicilina o penicilina cada 6 horas y la dosis de gentamicina 1 vez por día, por mínimos 5 días). Si administra CEFTRIAXONA dar una dosis/día por mínimo 5 días

Peso	Edad	PENICILINA CRISTALINA 50 000 UI/kg/dosis	AMPICILINA 50 mg/kg/dosis		GENTAMICINA 7.5 mg/kg/día (dosis única)
			Dosis en mg por dosis	500 mg/2mL	**Ampollas de 10 mg/mL (no diluir)** **Ampolla con otras concentraciones:** diluir con agua estéril para obtener concentración de 10 mg/mL *Ej: añadir 6 mL de agua estéril a una ampolla de 2 mL con 80 mg de gentamicina para obtener 8mL a 10 mg/mL*
4 - 5.9 kg	2 a 3 meses	200-300 000 UI	200-300 mg	1 mL	3 - 4.5 mL
6 - 7.9 kg	4 - 8 meses	300-400 000 UI	300-400 mg	1.5 mL	4.5 - 6 mL
8 - 9.9 kg	9 - 11 meses	400-500 000 UI	400-500 mg	2 mL	6 - 7.5 mL
10 - 13.9 kg	1 - 2 años	500-700 000 UI	500-700 mg	3 mL	7.5 - 10 mL
14 - 19.9 kg	3 -4 años	700-1000 000 UI	700-1000 mg	3-4 mL	10 - 14 mL

CEFTRIAXONA 100 mg/kg vía IM (Una dosis antes de referir) Disolver 1 frasco de 1g o 500 mg en 5 mL de agua destilada				
Peso	**Edad/peso**	**Fco 1g 200 mg/mL**	**Fco 500 mg 100 mg/mL**	**Dosis en mg**
4 - 5.9 kg	2 a 3 meses	2 - 3 mL	4 - 6 mL	400-500 mg
6 - 9.9 kg	4 a 11 meses	3 - 5 mL	6 - 10 mL	600-1000 mg
10 - 13.9 kg	1 a 3 años	5 - 7 mL	10 - 14 mL	1000-1400 mg
14 - 19.9 kg	4 a 5 años	8 - 10 mL	16 - 20 mL	1400-2000 mg

Antimalárico IM o IV para malaria grave

- **QUININA:** 20mg/kg
- Alternativa en caso de resistencia comprobada del P. falciparum o de no estar disponible la quinina:
  ARTESUNATO: (niños < 20 kg: 3 mg/kg/dosis)

Administrar DIAZEPAM intrarectal para controlar convulsiones

→ Explicar a la madre o cuidador la razón por la cual se administra el medicamento.
→ Determinar la dosis apropiada y administrar la solución de la ampolla sin diluir usando una jeringa **SIN** aguja (ver técnica p. 88)

DIAZEPAM solución de 10 mg/2 mL Dosis: 0.5 mg/kg/dosis (máximo 10mg)	
Peso	**Dosis**
3 a 11 kg	0.5 - 1 mL (2.5 a 5 mg)
12 a 23 kg	1 - 2 mL (5 a 10 mg)
≥23 kg	2 mL (10 mg)

NOTA: Si las convulsiones continúan después de 10 minutos, administrar una segunda dosis

Administrar un antibiótico para la faringoamigdalitis estreptocócica

→ Explicar a la madre o cuidador la razón por la cual se administra el medicamento. (prevención de la fiebre reumática).

→ Administrar **Amoxicilina 50 mg/kg/día dividida en 2 dosis por día por 6 días**

Peso	SUSPENSIÓN 250 mg / 5mL	SUSPENSIÓN 500 mg / 5mL	TABLETA 500 mg	Frecuencia
13-15 kg	7-8 mL	3 mL	½	Cada 12 horas Por 6 días
16-18 kg	8-9 mL	4 mL	1	
19-21 kg	10 mL	5 mL	1	

→ En caso de dificultad para cumplir con los 6 días de amoxicilina, o si la niña o niño no tolera la vía oral administrar **penicilina benzatínica** (dosis única)

Edad	Dosis
3 a 4 años	600.000 UI

→ En caso de alergia comprobada a la penicilina dar **azitromicina VO 20mg/kg/día una vez por día** por 3 días.

Plan A: Tratar la diarrea en casa

Enseñar las **4 reglas** del manejo de la diarrea en casa: *darle más líquidos, dar suplemento de zinc, continuar alimentándole, indicar cuando regresar*

1. Darle más líquidos de lo habitual (todo lo que la niña o niño acepte)

- **Dar las siguientes instrucciones:**
  - Si la niña o niño recibe el seno: darle el seno con más frecuencia y por más tiempo cada vez.
    Si recibe exclusivamente leche materna, dar además agua limpia o solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO), **usando preferiblemente SRO de baja osmolaridad** [(a)]
  - Si la niña o niño ya recibe alimentación complementaria, darle uno o varios de los siguientes líquidos: agua limpia, sopas, agua de arroz, agua de canela, jugo de frutas frescas u otros líquidos de uso corriente en el hogar sin excesiva azúcar o solución de SRO (usando preferiblemente SRO de baja osmolaridad [(a)])
- **Es especialmente importante dar SRO en casa si:**
  - Durante esta consulta la niña o niño fue tratado con plan B o C
  - La niña o niño no podrá volver fácilmente a un establecimiento de salud si la diarrea empeora
- **Explicar cómo preparar la solución de SRO y entregar 2 sobres para usar en casa**
  - *Para preparar la solución de SRO, lavarse las manos, echar 1 litro de agua limpia en un recipiente, echar todo el contenido del sobre en el recipiente, mezclar bien hasta que el polvo se disuelva completamente. Insistir en la medición correcta del litro de agua usando recipientes con medida disponibles en casa.*
  - *Se debe preparar una nueva solución cada día, en un recipiente limpio, mantenerlo cubierto y desechar lo que haya quedado de la solución del día anterior.*
  - ***No** se recomienda el uso de suero ¨casero¨ por el peligro de preparar solución hipotónica o hipertónica*
- **Mostrar a la madre o cuidador la cantidad aproximada de líquido que debe dar en casa, además de los líquidos que habitualmente le da**

Menores de 2 años	50 a 100 mL (más o menos ¼ a ½ taza) después de cada deposición acuosa
Mayores de 2 años	100 a 200 mL (más o menos ½ a 1 taza) después de cada deposición acuosa

Explicar a la madre o cuidadores:
- Que deben dar frecuentemente a la niña o niño pequeños sorbos de líquido con taza.
- Si la niña o niño vomita, esperar 10 minutos. Continuar dando sorbos pero más despacio

2. Dar suplementación con zinc (a partir de los 2 meses de edad)

- Explicar a la madre o acompañante cuanto zinc debe dar según la edad (p.23)

3. Continuar alimentando a la niña o niño

- En el caso de niñas o niños lactantes: apoyar la lactancia materna (exclusiva si es menor de 6 meses; prolongada si es mayor de 6 meses)
- En niñas o niños mayores: continuar con la alimentación habitual, de manera fraccionada, dando alimentos que le apetecen a la niña o niño. Evitar alimentos muy dulces, grasosos o condimentados
- Recomendar a la madre y/o cuidador(a) de agregar una comida adicional al día por 1 semana después de finalizado el episodio de diarrea.
- No darle a la niña o niño ni colas, ni dulces, ni jugos artificiales

4. Indicar signos de alarma para regresar de inmediato (p.29)

Plan B: Tratar la deshidratación con SRO

Administrar durante 4 horas, en el establecimiento de salud, la cantidad recomendada de SRO.

- **Determinar la cantidad de SRO que deberá administrar durante las primeras 4 horas.**

Peso	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12 - 19 kg
Edad *	< 4 meses	4 a 11 meses	12 meses a < 2 años	2 a 5 años
En mL	200 – 450 mL	450 – 800 mL	800 – 960 mL	960 – 1600 mL

* Tomar en cuenta la edad solamente si no conoce el peso de la niña o niño. La cantidad aproximada de SRO necesaria (en mL)también puede calcularse multiplicando el peso del niño o niña (en kg) por 75 (dar de 50 a 100 mL/kg/4 horas)

- Si la niña o niño quiere más SRO que la cantidad indicada, darle más.
- Para menores de 6 meses que no reciben el seno, dar también 100-200 mL de agua limpia durante este periodo si utiliza SRO tradicionales. Esto no es necesario si utiliza SRO de baja osmolaridad (a).

En niñas o niños con **desnutrición aguda severa:** hidratar con solución de SRO de baja osmolaridad a la cual se añade 10 mL de cloruro de potasio por cada litro de solución de SRO.

- **Mostrar a los padres o cuidadores cómo preparar y administrar la solución de SRO**
  - Proponer a los padres o cuidadores que preparen la solución de SRO con supervisión nuestra:
    Lavarse las manos, echar 1 litro de agua, la más limpia posible en un recipiente, echar todo el contenido del sobre en el recipiente, mezclar bien hasta que el polvo se disuelva completamente.
  - Dar con frecuencia pequeños sorbos de SRO con taza o cuchara.
  - Si la niña o el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.
  - Continuar dándole el seno tanto como la niña o el niño lo desee.

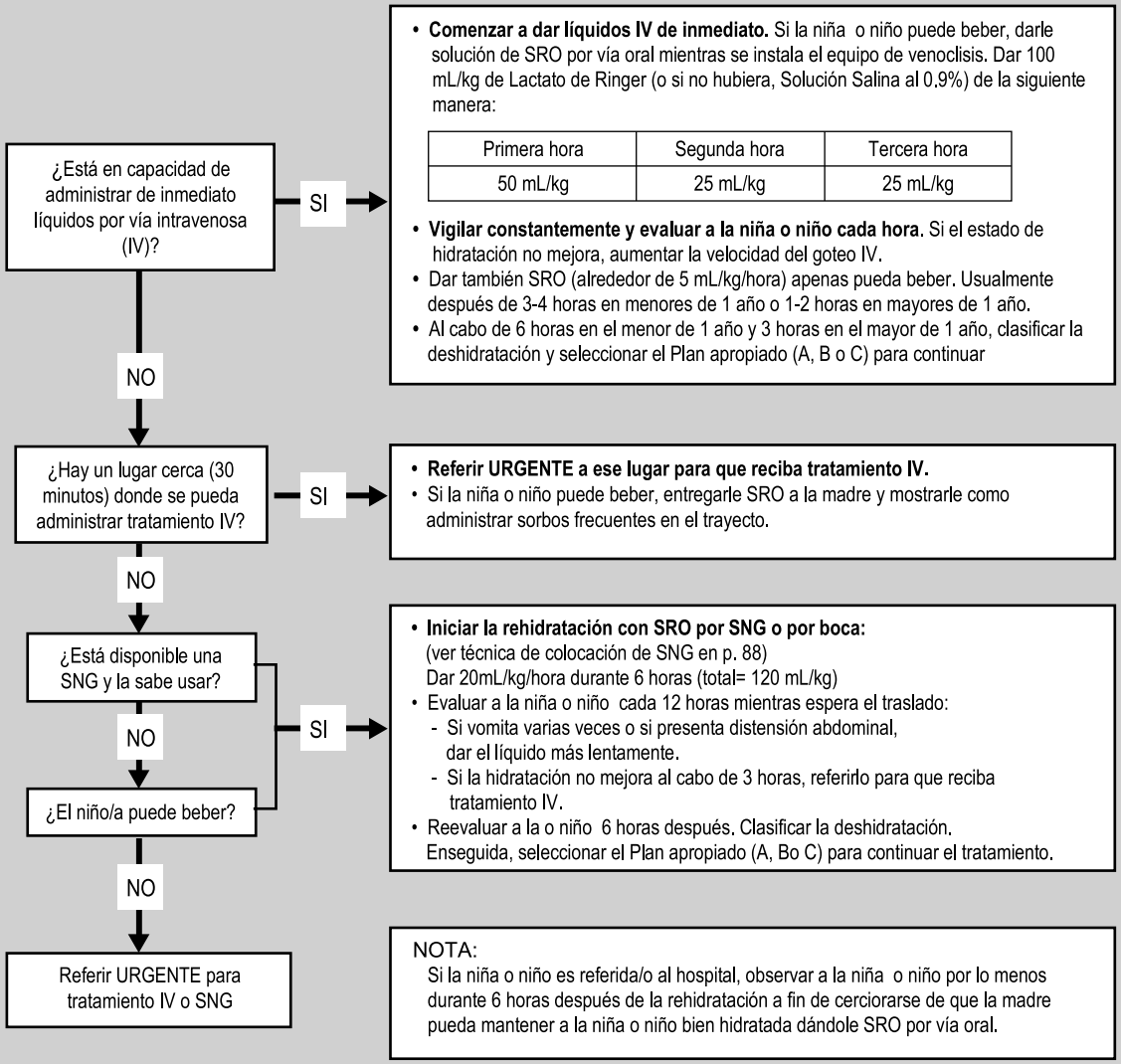
- **Después de 4 horas**
  - Reevaluar a la niña o niño y clasificar la deshidratación (p. 8)
  - Seleccionar el plan adecuado para continuar el tratamiento.
  - Comenzar a alimentar a la niña o niño, según tolerancia.

- **Si la madre o acompañante tienen que irse antes que se termine de administrar el tratamiento:**
  - Enseñarle a preparar la solución de SRO en casa.
  - Mostrarle la cantidad de SRO que debe administrar para terminar las 4 horas de tratamiento en la casa.
  - Entregarle suficientes sobres de SRO para terminar la rehidratación de 4 horas.
  - Entregarle también dos sobres de SRO tal como se recomienda en el plan A.
  - Explicarle las 4 reglas del tratamiento en casa:

    1. **DARLE MÁS LÍQUIDOS**
    2. **DARLE ZINC**
    3. **CONTINUAR ALIMENTÁNDOLE**
    4. **INDICAR SIGNOS DE ALARMA PARA REGRESAR DE INMEDIATO** (p.29)

(a) Los SRO de baja osmolaridad (245 mmol/L) o SRO 75 contienen un poco menos de sodio y glucosa que los SRO tradicionales (311 mmol/L), llamados SRO 90.
Los SRO de baja osmolaridad tienen la ventaja de reducir el volumen de la diarrea y de los vómitos, y de reducir la necesidad de utilizar tratamiento IV.
Cuando es posible es preferible emplear este tipo de SRO de bajo osmolaridad

Plan C: Tratar rápidamente la deshidratación grave



Enseñar a los padres o cuidadores a tratar las infecciones localizadas

- Explicar la clase de tratamiento que está dando y por qué debe darse.
- Describir las etapas del tratamiento enumeradas en el recuadro apropiado en los cuadros TRATAR.
- Observar cómo los padres o cuidadores administran el primer tratamiento en el servicio de salud (excepto los remedios para la tos o el dolor de garganta).
- Explicar con qué frecuencia debe dar el tratamiento en la casa.
- Cerciorarse de que los padres o cuidadores hayan comprendido las explicaciones antes de que se retiren del establecimiento de salud

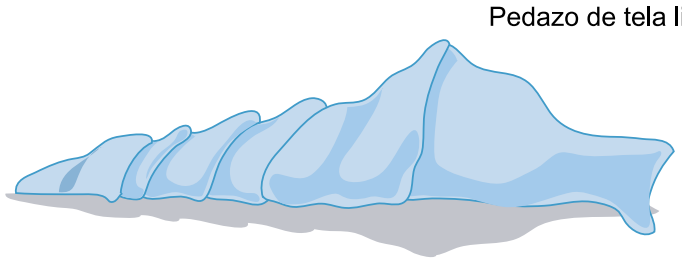
► Secar el oído con una tela o gasa limpia (si hay supuración)

► Secar el oído al menos tres veces por día, los días que sea necesario, hasta que el oído no supure

- **Utilizar una tela o gasa limpia.**
- Colocar la tela o gasa limpia en el oído de la niña o niño hasta que la misma se humedezca.
- Cambiar la tela o gasa húmeda por una limpia.
- Repetir estos pasos hasta que la tela o gasa salga limpia. Entonces está seco el oído.

Recomendar:

- No se meta nada en el oído (aceite, líquido ni otras sustancias)
- No permitir a la niña o niño que nade. No le debe ingresar agua al oído.



► Aliviar la obstrucción nasal

- Limpiar la nariz con una tela suave y húmeda.
- No poner medicamentos en la nariz (excepto solución salina)

► Aliviar el dolor de garganta y calmar la tos con un remedio casero

Se recomiendan:

- Bebidas tibias o calientes como infusiones de aguas aromáticas como tilo o endulzadas con panela, miel de abeja (en niñas y niños mayores de 2 años)

No se recomiendan:

- Ninguno de los medicamentos que se venden para la tos.
- Ni administrar pastillas para la garganta ni caramelos solubles a niñas o niños pequeños. Pueden provocarles atragantamiento.

Suplementación con micronutrientes: suplementación preventiva y terapéutica

➢ Suplementación para **prevención** de la anemia

Niñas y niños de 4 a 23 meses de edad nacidos a término y con peso adecuado al nacer[a]

Edad	MICRONUTRIENTES EN POLVO	Solución Sulfato ferroso 25 mg/mL Hierro elemental 1.25 mg = 1 gota
De 4 a 5 meses		8 gotas /día
6 a 23 meses [b] [c]	1 sobre pasando un día por 6 meses consecutivos (90 sobres en total)	

(a) Para niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer (<2500 g) o prematuros <37 semanas) ver p.55
(b) Si la niña o niño es captado a partir del 17avo y hasta los 23 meses de edad, debe recibir igualmente micronutrientes por 6 meses consecutivos o hasta completar los 90 sobres.
(c) Si los micronutrientes en polvo no están disponibles, dar hierro en forma de gotas o jarabe (12.5 mg de hierro elemental/día)

- **Brindar consejería a la madre o cuidador enfatizando en los aspectos siguientes:**

Importancia de la prevención de la anemia:
- Causas y consecuencias de la anemia en el desarrollo infantil
- Importancia del hierro y otros micronutrientes contenidos en los sobres de micronutrientes en polvo para el desarrollo de la niña o niño durante los 2 primeros años de vida
- Importancia del cumplimiento del esquema de suplementación y de los controles regulares
- Importancia de conocer los niveles de Hb durante la suplementación y al finalizarla.

Indicaciones para la administración de los sobres
- En el plato servido, separar 2 cucharadas de la comida de la niña/o.
- Mezclar bien el total del contenido del sobre con las 2 cucharadas de comida separadas.
  Primero alimentar al niño con esta mezcla, y continuar con el plato servido.
- Explicar que el suplemento no cambiará el sabor ni color a la comida.
- En raros casos pueden presentarse molestias leves y pasajeras como nauseas, estreñimiento o diarrea. Si persisten mejor consultar en el establecimiento de salud.
- *En caso de enfermedad, **seguir dando** los sobres de micronutrientes.*

➢ VITAMINA A. Como suplemento universal

Edad	Vitamina A MEGADOSIS	Presentación	
		mL	Gotas
2 a < 6 meses [a]	50.000 UI	0.3	6
6 meses a < 12 meses [b]	100.000 UI	0.6	12
12 meses a < 5 años [b]	200.000 UI	1.2	24

(a) Dosis única a menores de 6 meses que no reciben lactancia materna o sucedáneos no enriquecidos con vitamina A. **(b)** A partir de los 6 meses continuar el esquema cada 6 meses hasta los 59 meses.

➢ VITAMINA A. Como parte del tratamiento de la desnutrición aguda, diarrea persistente y sospecha de sarampión.

Edad	Vitamina A MEGADOSIS Dosis única
2 meses a menor de 6 meses	50.000 UI
6 meses a menor de 12 meses	100.000 UI
12 meses a menor de 5 años	200.000 UI

Si la niña o niño tiene desnutrición severa, diarrea persistente o sospecha de sarampión, administrar vitamina A, **excepto si ha recibido una megadosis de vitamina A en el último mes.**

Micronutrientes en polvo

Contenido sugerido por sobre [a][b]

Micronutrientes	Contenido
Hierro	10-12.5 mg
Zinc	5 mg
Vitamina A	300 µg retinol
Con o sin otros micronutrientes para alcanzar 100% de la IDR [c]	

(a) OMS 2016 (ref.44 p. 68)
(b) El contenido en micronutrientes por sobre puede variar ligeramente de acuerdo a la disponibilidad del producto en el país.
(c) **IDR**: ingesta diaria recomendada de cada nutriente.

➢ Suplementación para **tratamiento** de la anemia con hierro en forma de gotas o jarabe *

Peso	SOLUCIÓN DE HIERRO Aproximadamente 3 mg/kg/día de hierro elemental (máx. 50 mg/día) por 3 meses	
	Dosis de referencia en mg por día	Solución Sulfato ferroso 25 mg/mL Hierro elemental 1.25 mg = 1 gota
4-5 kg	15 mg	12 gotas
6-8 kg	20 mg	15 gotas
9-11 kg	30 mg	25 gotas
12-14 kg	40mg	30 gotas
15-17 kg	45 mg	35 gotas
18-20 kg	50 mg	40 gotas

* Para niñas o niños menores de 6 meses o de más de 23 meses de edad
Para niñas o niños de 6 a 23 meses de edad cuando no están disponibles los sobres de micronutrientes en polvo
* **Precauciones con el uso del hierro**: ver abajo de este recuadro.

➢ Suplementación para **tratamiento** de la anemia

Utilizando sobres de micronutrientes en polvo y dosis adicional de hierro, para niñas y niños de 6 a 23 meses con anemia moderada

Peso	Sobre de micronutrientes 1 sobre/día por 3 meses	SOLUCIÓN DE HIERRO Dosis: aproximadamente 3 mg/kg/día de hierro elemental (como máximo) menos 12.5 mg que es el contenido en hierro del sobre de micronutriente en polvo (Dosis total máxima de hierro elemental 50 mg/día), por 3 meses	
	Contiene 12.5 mg de hierro elemental	Dosis de referencia en mg por día por 3 meses	Solución Sulfato ferroso 25 mg/mL Hierro elemental 1.25 mg de hierro = 1 gota
6-8 kg	1 sobre	12.5 mg	10 gotas
9-11 kg	1 sobre	15 mg	15 gotas
12-14 kg	1 sobre	25 mg	20 gotas

* Administrar 1 sobre /día de micronutrientes + dosis complementaria de hierro en forma de gotas o jarabe por 3 meses
* Si no están disponibles los sobres de micronutrientes en polvo, administrar hierro según cuadro en la esquina superior derecha de esta página.

Precauciones con el uso del hierro:
- En zona de alto riesgo de malaria, realizar gota gruesa antes de iniciar el tratamiento con hierro.
  Si la gota gruesa es positiva tratar primero la malaria antes de tratar la anemia.
- En caso de utilizar sulfato ferroso aconsejarsu administración media hora antes de la comida para una mejor absorción. En caso de malestar estomacal (raro en niñas o niños menores de 2 años) se puede tomar la solución de hierro 2 horas después de la comida.
- No dar la solución de hierro junto con la leche.
- Advertir a los familiares que el hierro puede producir cambio en el color de las heces (café oscuro).
- ***En caso de enfermedad seguir administrando los sobres de micronutrientes y/o el hierro***

Indicar a la madre o cuidador/a cuándo debe regresar al establecimiento de salud

Consulta de reevaluación y seguimiento

Recomendar a la madre y cuidador/a que regrese a la consulta de reevaluación y seguimiento en los siguientes plazos

Si la niña o el niño tiene:	Volver a consulta en:
DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA	1 -2 días
NEUMONÍA DISENTERÍA MALARIA, si la fiebre persiste FIEBRE, si la fiebre persiste	3 días
DIARREA aguda o persistente, si la diarrea continua OTITIS MEDIA AGUDA OTITIS CRÓNICA PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD, si no mejora	5 días
DESNUTRICIÓN	7 días
ANEMIA SOSPECHA DE MALTRATO	14 días
TALLA BAJA RIESGO DE PROBLEMA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR o DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL CON FACTORES DE RIESGO	30 días

Cronograma de consultas de la niña o niño

Edad de la niña o niño	Número de controles
1-12 meses	Un control mensual los primeros 8 meses, luego cada 2 meses hasta los 12 meses en el caso de lactantes sin riesgo, y manteniendo los controles mensuales en caso de niñas o niños con riesgos bio-psico-social.
13 a 24 meses	Un control cada 3 meses, en caso de riesgos bio-psico-sociales se acortará el tiempo entre controles a criterio clínico.
24-60 meses	Un control cada 6 meses, y en caso de existir riesgos bio-psico-sociales uno cada 3 meses conjuntamente a una visita domiciliaria obligatoria.

Cuándo debe regresar de inmediato
Signos de alarma

Aconsejar a la madre o cuidador que regrese de inmediato si la niña o niño presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma:	
Cualquier niña o niño enferma/o que	• Empeora • Dejó de comer o beber • Está anormalmente somnoliento • Tiene fiebre • Tiene ataques (convulsiones)
Si la niña o el niño tiene TOS o RESFRIO o sibilancia regresar si tiene:	• Respiración rápida • Dificultad para respirar
Si la niña o el niño tiene diarrea, regresar si tiene	• Sangre en las heces • Bebe poco
Si la niña o el niño tiene DENGUE regresar si tiene	• Dolor abdominal intenso y continuo • Vómito persistente • Sangrado especialmente en encías • Descenso abrupto de la temperatura • No ha orinado en 6 horas o más

Recomendar a la madre y cuidador sobre su propia salud

- Si la madre o cuidador está enferma, administrarle tratamiento o referirla.
- Si tiene algún problema de las mamas (como congestión, pezones adoloridos, infección) administrar tratamiento o referirla a un centro de mayor resolución.
- Recomendarle que coma bien para mantenerse sana y fuerte.
- Cerciorarse de que tenga acceso a:
  - Asesoramiento sobre salud reproductiva
  - Asesoramiento sobre Detección Oportuna de Cáncer Ginecológico, ITS y SIDA
- Recordar a la madre o cuidador que merece una vida sana y feliz.
- Recordar que la salud de la madre o cuidador y de la niña o niño es responsabilidad de la familia.
- Investigar posible MALTRATO según Guía de Atención Integral en Violencia de Género del MSP.
- Recomendar medidas de prevención y promoción de la salud al cuidador de acuerdo a su sexo y edad.

Proporcionar atención de seguimiento y reevaluación

→ Atender a la niña o niño que regresa para una consulta de reevaluación y seguimiento de acuerdo con las instrucciones de los recuadros que correspondan a las clasificaciones anteriores.
→ Si la niña o niño presenta un problema nuevo, clasificar y tratar el problema nuevo según el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR

➢ Si la niña o niño fue clasificada como **bronquiolitis**

- Si tiene signos de bronquiolitis grave REFERIR al hospital
- Si no tiene signos de bronquiolitis grave, seguir el tratamiento indicado para bronquiolitis

Consultar el cuadro **evaluar y clasificar p.6**

➢ Si la niña o niño fue clasificada como **sibilancias**

- Verificar si recibió el salbutamol según lo recomendado
- Verificar si continúa con sibilancias
- Si persisten las sibilancias: REFERIR al hospital

➢ Neumonía

Consultar el cuadro **evaluar y clasificar p.7**

Después de 3 días:

- Evaluar a la niña o niño para determinar si presenta signos de peligro en general.(p. 6)
- Evaluar a la niña o niño para determinar si tiene tos o dificultad para respirar

Pregunrar:

- ¿La niña o niño está respirando más lentamente?
- ¿Le bajó la fiebre?
- ¿La niña o niño está comiendo mejor?
- ¿Cómo le dio el antibiótico?

Decidir y tratar:

- Si hay algún signo de peligro en general, tiraje subcostal o si la frecuencia respiratoria sigue elevada, dar una dosis del antibiótico IM recomendado y referir URGENTE al hospital.
- ***Si la respiración se ha normalizado, le bajó la fiebre o si come mejor,*** completar el tratamiento de 3 o 5 días con amoxicilina y citar a la niña o niño a nueva consulta de atención integral.

➢ Otitis

Consultar el cuadro **evaluar y clasificar p.11**

Después de 5 días:

- Reevaluar el problema de oído (p.11)
- Medir la temperatura de la niña o niño.

Decidir y tratar

- Si hay dolor o **tumefacción retroauricular o fiebre alta (>38,5ºC axilar)** referir URGENTE al hospital.
- **Otitis media aguda:**
  - Si el dolor de oído o la secreción persiste, o la niña o niño es menor de 2 años continuar el tratamiento con el mismo antibiótico por 5 días más. Continuar secando el oído en caso de secreción.
  - S no existe más dolor ni secreción, y la niña o niño es mayor de 2 años, felicitar a la madre o cuidador. Si la niña o niño no ha terminado los 5 días de antibiótico, orientar a la madre o cuidador a completar el tratamiento.
- **Otitis media crónica:** comprobar que los padres o cuidadores están secando el oído y aplican correctamente las gotas de ciprofloxacina 3 veces al día. Incentivarles para que continúen. Si el problema continúa al terminar los 14 días de tratamiento, REFERIR al especialista.

➢ Diarrea con o sin deshidratación

- Preguntar: ¿Disminuyó la frecuencia de la diarrea? ¿Está comiendo mejor?
- Evaluar estado de hidratación según cuadro evaluar y clasificar (p. 8)
- Evaluar si está cumpliendo el tratamiento indicado, en particular si está recibiendo suplementación con zinc, como indicado

Decidir y tratar

- Si la niña o niño está deshidratada, tratar la deshidratación (p. 25)
- Reforzar las 4 medidas del plan A en particular la orientación sobre la suplementación con zinc. (p. 25)
- Dar recomendaciones de cuando volver de inmediaro (p.29).

➢ Diarrea persistente

Después de 5 días preguntar:

- ¿Paró la diarrea?
- ¿Cuántas veces por día tiene la niña o niño una deposición diarreica?
- ¿Está recibiendo suplementación con zinc, tal como se le indicó?
- ¿Ha cumplido el tratamiento según lo recomendado?

Decidir y tratar:

- Si la diarrea continúa (si continúa teniendo tres o más evacuaciones acuosas por día): REFERIR a establecimiento de salud donde se pueda realizar exámenes de orina (descartar infección de vías urinarias) y exámen de heces (dar tratamiento para giardiasis *solo* si se observan quistes o trofozoítos de *Giardia lamblia* en las heces, metronidazol 5 mg/kg cada 8 horas por 5 días)
- Si la diarrea ha disminuido: dar recomendaciones nutricionales para la edad y citar a la niña o niño para una nueva consulta integral (p. 29)
- Reforzar la orientación sobre la suplementación con zinc

➢ Disentería

Después de 3 días

Evaluar la diarrea según cuadro evaluar y clasificar (p.8)

Preguntar

- ¿Disminuyó la frecuencia de las evacuaciones?
- ¿Hay menos sangre en las heces?
- ¿Tiene menos fiebre?
- ¿Tiene menos cólicos abdominales?
- ¿El niño o niña está comiendo mejor?

Decidir y tratar

- Si la niña o niño está deshidratado, tratar la deshidratación
- **Si la niña o niño ha empeorado o** tiene fiebre, cólicos abdominales, dificultad o dolor al orinar o defecar **referir URGENTE al hospital** (Dar una dosis de un antibiótico apropiado antes de referir (p.22)
- Si la cantidad de sangre en heces sigue igual, o el niño no come mejor administrar antibiótico apropiado por 3 días (p.22)
- Si disminuyó la sangre en las heces, hay menos evacuaciones, la niña o niño, come mejor, tranquilizar a la madre explicando que la niña/o está mejorando y que no necesita más tratamiento, aparte del zinc.

Proporcionar atención de reevaluación y seguimiento

→ Atender a la niña o niño que regresa para una consulta de reevaluación y seguimiento de acuerdo con las instrucciones de los recuadros que correspondan a las clasificaciones anteriores.
→ Si la niña o niño presenta un problema nuevo, clasificar y tratar el problema nuevo según el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR

➢ Dengue sin signo de alarma

Realizar un control cada 1 o 2 días:

Consultar el cuadro evaluar y clasificar **p. 9**

- Hacer una nueva evaluación completa de la niña o niño consultando el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR
- Realizar hematocrito (vigilar el aumento progresivo del mismo)
- Evaluar si la enfermedad continua activa, y si las plaquetas siguen disminuyendo.

Decidir y tratar:

- Si la niña o niño presenta cualquier signo de alarma o gravedad REFERIR URGENTE AL HOSPITAL.
- Si la niña o el niño no presenta signos de alarma, el estado general mejora y la fiebre bajó o desapareció, mejora el apetito, enseñarles a los padres o cuidadores a reconocer signos de alarma para acudir URGENTE al centro de salud más cercano.
- Si la fiebre persiste desde hace 7 días o más, referir al hospital para una evaluación.
- Si la niña o niño mejora, recomendar a los padres o cuidadores acudir a la próxima atención de control

➢ Malaria

SI la fiebre persiste después de 3 días:

Consultar el cuadro evaluar y clasificar, **p.9**

- Hacer un nuevo examen completo a la niña o niño
- Consultar el cuadro: EVALUAR Y CLASIFICAR
- Examinar a la niña o niño para determinar si presenta otras causas de fiebre

Decidir y tratar:

- Si la niña o niño presenta cualquier signo de peligro en general o rigidez de nuca, tratar como ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE
- Si presenta cualquier otra causa de fiebre que no sea malaria, administrar tratamiento según la enfermedad sospechada
- Si la malaria es la única causa aparente de fiebre: iniciar tratamiento
- Si la fiebre persiste durante 7 días, referir a la niña o al niño al hospital

➢ Fiebre

Si la fiebre persiste después de 3 días:

Consultar el cuadro evaluar y clasificar, **p. 10**

- Hacer una reevaluación completa de la niña o niño consultando el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR
- Determinar si presenta otras causas de fiebre

Decidir y tratar

- Si la niña o niño presenta cualquier signo de peligro en general o rigidez de nuca, tratar como una ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE
- Si se identifica una causa aparente de la fiebre en la niña o niño, administrar tratamiento de acuerdo a la causa de la fiebre y tratar la fiebre con paracetamol
- Si no hay ninguna causa aparente para la fiebre, asumir que puede tratarse de una infección viral e indicar manejo sintomático. Si la fiebre persiste desde 5 días, realiza hemograma y examen de orina, si no es posible referir. Si la fiebre persiste desde hace siete días o más, REFERIR al hospital para evaluación y tratamiento
- Si no refiere a la niña o niño, indicar a la madre o cuidador que vuelva en 2 días, si la fiebre persiste:
  - En esta siguiente visita reevaluar la niña o niño según cuadro ¨EVALUAR Y CLASIFICAR¨, p. 10
  - Si no tiene causa aparente de fiebre realizar hemograma y examen de orina, si no es posible REFERIR
  - Si la fiebre persiste desde hace siete días o más, REFERIR al hospital para evaluación y tratamiento

Proporcionar atención de reevaluación y seguimiento

→ Atender a la niña o niño que regresa para una consulta de reevaluación y seguimiento de acuerdo con las instrucciones de los recuadros que correspondan a las clasificaciones anteriores.

→ Si la niña o niño presenta un problema nuevo, clasificar y tratar el problema nuevo según el cuadro **evaluar y clasificar**

➢ Problema de alimentación

Después de 7 días:

- Reevaluar la alimentación (ver p. 34)
- Preguntar sobre cualquier problema de alimentación que se haya constatado en la primera consulta.
- Recomendar a la madre y/o cuidador/a con respecto a cualquier problema de alimentación nuevo o persistente.
  Si se les recomiendan que hagan cambios importantes en la alimentación, decirles que vuelvan a traer a la niña o niño.
- Si tiene tendencia de crecimiento inadecuada decirles que vuelvan 30 días después de la primera consulta para determinar si ha aumentado de peso.
- Recomendar a la madre lactante que tome más líquidos y coma un poco más.

➢ Desarrollo psicomotor

Después de 30 días:

Hacerle una evaluación completa del desarrollo psicomotor:

- Si clasifica como **probable retraso del desarrollo** referirle a un establecimiento de salud donde exista atención de especialidad: médico pediatra, neurólogo, psicólogo, fisioterapista según el caso. La niña o niño puede necesitar rehabilitación.
- Si **no progresa el desarrollo y la niña o niño continua con riesgo**, orientar que tanto la madre, padre, cuidador como otros miembros da la familia que mantengan una estimulación constante de la niña o niño de acuerdo a su edad (ver guía de estimulación temprana p. 39)
- Si el desarrollo es normal, felicitar a la madre y continuar los controles periódicos en el establecimiento de salud (ver cronograma p. 29)

➢ Talla baja

- Verificar si la niña o niño recibe el zinc según el esquema recomendado (si este micronutriente ha sido indicado)
- Verificar si la niña o niño ha recibido la alimentación según las recomendaciones realizadas y negociar con la madre o cuidador las alternativas para mejorar la alimentación. Insistir en la necesidad de ofrecer alimentos proteicos de origen animal como huevo, carne, pollo, etc.
- Evaluar la velocidad de crecimiento lineal en niñas y niños de 6 a 23 meses de edad
  - Si la niña o el niño, en dos controles sucesivos, cada dos meses, presenta velocidad de crecimiento inadecuada: REFERIR para evaluación

➢ Anemia

A los 14 días:

- Verificar adherencia al tratamiento (sobres de micronutrientes y/o hierro).
- Entregar tratamiento (sobres de micronutrientes y/o hierro) para las próximas 4 semanas e instrucciones para volver en 1 mes.
- Continuar administrando micronutrientes y/o hierro diario hasta completar 3 meses de tratamiento. Realizar control de la hemoglobina y evaluar a la niña o niño según cuadro (p. 14)
  - Si al completar los 3 meses **presenta palidez palmar** o si el nivel **de hemoglobina NO ha mejorado, REFERIR** para evaluación.
  - Si al completar los 3 meses el nivel de hemoglobina ha mejorado pero no alcanza valor normal, seguir administrando diario el mismo esquema de tratamiento (un sobre de micronutriente y/o hierro en solución o jarabe) hasta lograr un nivel de hemoglobina ≥11 g/dL[(a) (b)].
  - Controlar la hemoglobina a los 6 y 12 meses de iniciado el tratamiento.
  - Una vez logrado el nivel de hemoglobina deseado, continuar con el esquema de suplementación preventivo de acuerdo a la edad de la niña o niño (p. 28)

(a) Valor ajustada según la altitud sobre el nivel del mar (ver p. 14)

(b) Si no se cuenta con hemoglobinómetro y que la niña o niño ya no presenta palidez palmar seguir con el esquema de suplementación universal de acuerdo con su edad

➢ Desnutrición aguda o tendencia de crecimiento inapropiado

Después de 7 días:

- Evaluar si la niña o niño tiene signo de peligro o estuvo en los últimos días con tos, dificultad para respirar , diarrea, fiebre, problema de oído u otro problema
- Determinar peso/edad, talla/edad y peso/talla.
- Reevaluar la alimentación (ver p. 34) y aportes de micronutrientes (p. 14)

Decidir y tratar:

- Si la niña o niño presenta algún signo de peligro o algún problema clasificado en un cuadro amarillo o que el punto peso/edad o peso /talla esta debajo del anterior, REFERIR urgente al hospital.
- Si el punto peso/edad o peso/talla se mantiene igual control en 7 días, si el punto está más arriba control en 15 días. Avisar a la madre o cuidador que la niña o el niño está recuperándose.
- Reforzar recomendaciones sobre alimentación, micronutrientes y corregir problemas encontrados.
- **En el siguiente control** (a los 7 o 15 días): reevaluar como en el primer control. Si el punto peso/edad o peso/talla está igual o debajo del anterior REFERIR urgente al hospital, si está más arriba avisar a la madre o cuidador que la niña o el niño está recuperando. Citar en 30 días.
- **A los 30 días del segundo control:** si el peso/talla o peso/ edad se mantiene igual o está más bajo: Referir URGENTE al hospital. Si el peso/edad o peso/talla está más arriba: hacer control rutinario en 60 días. Felicitar a la madre o cuidador

Excepción: Si se cree que la alimentación no va a mejorar o si la niña o niño no ha ganado peso o ha bajado de peso, REFERIR.

Proporcionar atención de reevaluación y seguimiento

Seguimiento a la clasificación “sospecha de maltrato infantil”

La clasificación ‘SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL’ es una clasificación transitoria.
El seguimiento domiciliario y en el establecimiento de salud debe determinar si la niña o niño puede ser clasificado como “COMPATIBLE CON MALTRATO FÍSICO Y/O ABUSO SEXUAL” o “NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO”

Visita domiciliaria en casos de “SOSPECHA DE MALTRATO” Durante los primeros 3 días de la evaluación inicial:

Objetivos:

- Complementar información que permita determinar si la niña o niño recibió o recibe maltrato
- Detectar los riesgos familiares que condicionan el maltrato infantil
- Prevenir el maltrato infantil y promover los derechos de la niña o niño

Actividades:

- Obtener mayor información sobre las lesiones sospechosas de maltrato
- Conversar con otros miembros de la familia, vecinos, etc., sobre el trato que recibe la niña o el niño
- Evaluar el riesgo a que está expuesto la niña o niño en su hogar y la posibilidad de que el maltrato haya ocurrido o pueda ocurrir
- Evaluar la dinámica familiar y grado de disfuncionalidad
- Promover el buen trato y respeto a los derechos de la niñez (p.38)
- Elaborar un informe que permita tomar decisiones

La visita domiciliaria debería ser realizada por un/a trabajador/a social o por el personal de salud

Consulta de seguimiento a los 14 días, de la evaluación inicial, niña o niño clasificada como ‘SOSPECHA DE MALTRATO’

Objetivos:

- Realizar una nueva evaluación y clasificación del maltrato infantil
- Prevenir el maltrato infantil y promover los derechos de la niña o niño

Actividades

- Realizar nuevamente la evaluación completa de la niña o del niño.
- Si existe alguno de los criterios para clasificar como **‘compatible con maltrato físico y/o abuso sexual’** y tratar como se recomienda en el Cuadro de Procedimientos correspondiente, p. 15.
- Si no existen criterios para clasificar como “Compatible con maltrato físico y/o abuso sexual”, clasificar como ‘NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO’ y tratar como se recomienda en el Cuadro de Procedimientos correspondiente p.15.
- Si no asistió con la trabajadora social u otro responsable asignado al caso, contactarse con la autoridad competente (Defensoría de la Niñez y Adolescencia u otra institución de protección a la niñez)

Recomendaciones a los padres o cuidadores

Alimentación

➢ Evaluar la alimentación de la niña o niño

Si tiene menos de 2 años, o si tiene desnutrición aguda, talla baja, tendencia de crecimiento inapropiada o anemia.

Hacer preguntas sobre la alimentación habitual de la niña o niño, y en particular durante esta enfermedad.

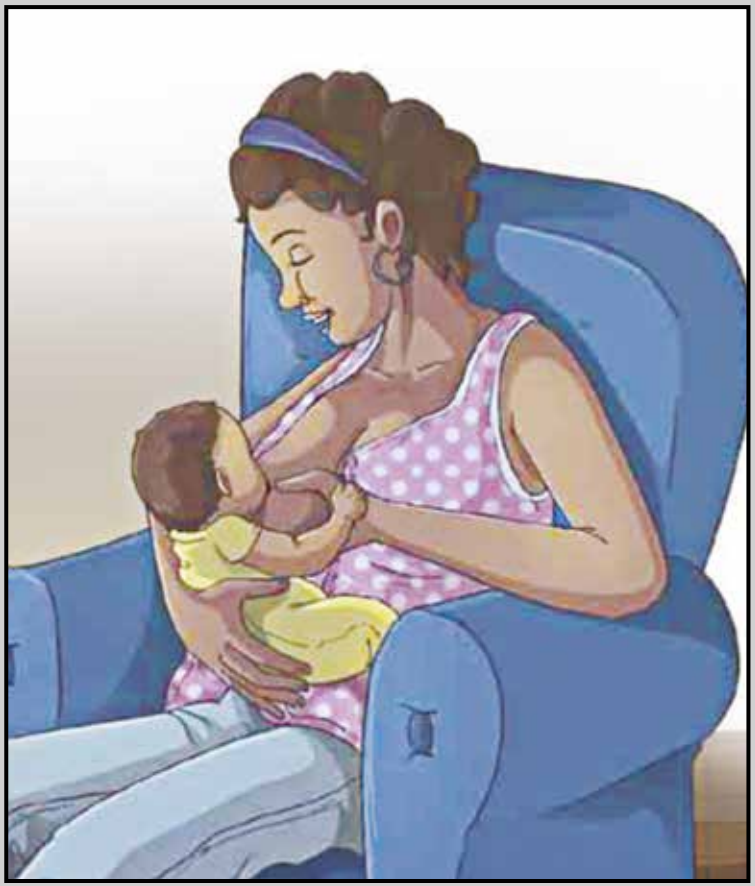
Comparar las respuestas de los padres o cuidadores con las ¨Recomendaciones para la alimentación según la edad de la niña o niño¨, que se presentan a continuación (p. 35)

Preguntar

- **¿Usted le da el seno a la niña o niño?**
  - ¿Cuántas veces al día?
  - ¿Le da también durante la noche?

- **¿La niña o niño ingiere algún otro alimento o toma algún otro líquido?**
  - ¿Qué alimento o líquido?
  - ¿Cuántas veces por día?
  - ¿La niña o niño recibe su propia porción? ¿Quién le da de comer a la niña o niño?
  - ¿Utiliza biberón?
  - ¿Si la niña o niño tiene desnutrición, anemia, talla baja, o tendencia de crecimiento inapropiada, de qué tamaño son las porciones que le da?

- **¿Durante esta enfermedad, hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño?**
  - Si lo hubo, ¿Cuál fue?



Recordemos como tener comunicación con la madre y/o cuidadores
Preguntar, escuchar, felicitar, aconsejar
La base de una buena comunicación es el respeto hacia las personas y a sus costumbres

Recomendaciones para la alimentación de la niña o niño sano o enfermo según la edad

Hasta los 6 meses de edad

• **Lactancia materna exclusiva:**

- Inicio precoz, en el transcurso de la primera media hora, luego de nacido.
- Dar el pecho todas las veces que la niña o niño quiera, de día y de noche, por lo menos ocho veces en 24 horas.
- Amamantar al infante cuando muestre signos de hambre: comience a quejarse, a chuparse los dedos o mueva los labios.
- Cada vez que toma el seno, motivar a la niña o niño a vaciar los senos en forma alternada.
- La niña o niño que es amamantada/o no necesita tomar agua porque la leche materna contiene suficiente agua.

• **No darle ninguna otra comida o líquidos**

6 a 8 meses

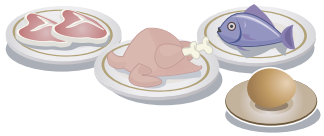
• **Leche materna** a libre demanda previa a la alimentación complementaria.
• **Incluir purés suaves y espesas** con:
- Cereales: arroz, maíz, quinua,
- Tubérculos: papa, yuca, camote, melloco, oca.
- Verduras y legumbres: acelga, espinaca, zanahoria, brocoli, zapallo, remolacha.
- Frutas dulces: manzana, pera, sandía banano, papaya, melón, entre otras
- Yema de huevo.
- A partir de los 7 meses carnes: res, pollo, higado, huevo entero (si no existe historia de alergia al huevo en la familia), trigo avena y cebada.

• Comenzar con 2 o 3 cucharadas de alimentos bien aplastados con un tenedor, no licuados, de modo que formen una papilla espesa.
• Introducir cada nuevo alimento por separado. Permitir que el niño o niña pruebe y consuma por tres días un alimento, antes de darle otro.
• Cada alimento nuevo debe introducirse de 2 a 3 cucharitas e incrementarlo a libre demanda.
• La comida debe colocarse en la mitad de la lengua para evitar que el niño o la niña la escupa.
• Evitar alimentos que puedan causar atragantamiento (semillas, uvas, zanahoria cruda, entre otros).
• Se sugiere comenzar con una comida y aumentar progresivamente hasta las dos a tres comidas diarias.
• Si la niña/o tiene bajo peso, se puede añadir a la papilla 1 cucharadita de aceite vegetal crudo (que no sea de palma africana), excepto si tiene diagnóstico de deficiencia de hierro o zinc.

9 a 11 meses

• **Leche materna** a libre demanda, previa a la alimentación complementaria.

• **Alimentos:**
- A esta edad, puede ofrecerle pedacitos de pescado fresco.
- Leguminosas: fréjol, lenteja, habas, arveja, chocho y garbanzos cocidos en forma de puré.
- Hortalizas y verduras: todas
- Frutas crudas en papilla o trocitos pequeños.
- A esta edad pueden "coger" trozos de alimentos en sus dedos. Esto incentiva el avance en la dentición, la masticación y la coordinación entre boca y movimientos de la mano y seguimiento de la vista (oral, motora y visual).
- Antes de los diez meses, las niñas y niños deben consumir alimentos sólidos, en pedacitos. Si no lo hacen, pueden tener dificultades para comer en el futuro. Cambie la consistencia de los alimentos poco a poco.



• **Cantidad**
- ¾ parte de una taza de 250 mL de alimentos variados.
• Agregar diariamente a las comidas alimentos de origen animal, como pollo, hígado, huevo, entre otros.
• Se recomienda dar tres comidas al día y dos colaciones (refrigerios nutritivos) además de la lactancia materna a libre demanda.

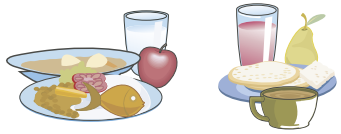
12 a 23 meses

• Continuar con **la lactancia materna** tan seguida como la niña o el niño quiera, luego de la alimentación complementaria.
• La alimentación debe ser blanda y en trocitos, y debe incluir verduras y frutas todos los días. Incluyan alimentos que sean consumidos por el resto de la familia.
• A esta edad, la niña o niño tiene que recibir las tres comidas principales: desayuno, almuerzo y merienda, y se le puede dar una o dos colaciones (refrigerios nutritivos) entre las comidas, que incluyan lácteos.

• **Alimentos**
- Es importante incorporar a la dieta ácidos grasos esenciales como omega 3 y 6 (aceites vegetales, nueces, semillas y pescado).
- A esta edad se puede incluir leche de vaca
- Ofrezca a la niña o niño alimentos que aporten hierro, como las carnes, vísceras y granos secos.
- Para ayudar a absorber el hierro de estos alimentos, ofrézcale en la misma comida alimentos ricos en vitamina C: vegetales como pimiento, tomate, brócoli o frutas como guayaba, frutillas y cítricos como naranja, mandarina, limón.
- **EVITAR ofrecer lo siguiente:** caramelos, papas fritas, sopas artificiales y gaseosas como colación, ya que disminuyen el apetito. Además, pueden causar problemas de sobrepeso, obesidad y caries dentales.

Mayor de 2 años

• Brindar comidas sólidas y variadas que contengan alimentos que sean consumidos por el resto de la familia.
• No usar la comida como recompensa. Tampoco darle de comer para calmarlo o evitar que se aburra.
• Dar tres comidas principales y dos refrigerios que incluyan lácteos.
• Motivar que la niña o niño realice juegos que impliquen movimiento, para prevenir el sobrepeso y la obesidad, y promover la actividad física.



• **Alimentos**
- Consumir diariamente alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico (lácteos, vísceras, huevos, leguminosas y cereales integrales).
- Frutas y vegetales.
- Alimentos ricos en omega 3 y 6 (aceites vegetales, nueces, semillas y pescado).

EVITAR ofrecer lo siguiente:
- Caramelos, gaseosas, gelatina y alimentos muy azucarados.
- Alimentos procesados, embutidos, snacks, enlatados.
- Moderar el consumo de sal.
- Evitar alimentos fritos.
• Brindar un plato más de acuerdo con la edad, actividad física y estado nutricional.
• Si a la niña o al niño no le gusta un alimento, motivarla a comer o reemplazarlo por otro de igual valor nutritivo.

Aconsejar a la madre o cuidador sobre problemas de alimentación

Si la niña o niño no está alimentándose de forma correcta, aconsejar debidamente a la madre o cuidador

➢ **Si es necesario, mostrar a la madre la posición y cómo debe la niña o niño coger correctamente el seno (p.53)**

➢ **Si la madre refiere poca producción de leche (no 'tiene leche')**

- **Rara vez es un problema real, generalmente la niña o niño recibe la cantidad de leche que necesita**
- **Los signos que realmente indican que el bebé está recibiendo poca leche son:**
  - Poca ganancia de peso (menos de 500 g al mes)
  - Orina menos de 6 veces al día
- **Las posibles causas de poca producción de leche son:**
  - Amamantamientos poco frecuentes
  - Horarios rígidos para la lactancia
  - No lo amamanta por la noche
  - Recibe otros líquidos
  - Recibe biberón
  - La mamá tiene poca confianza en sí misma, está preocupada, cansada o le disgusta amamantar
  - Mal agarre
  - Enfermedades de la boca de la niña o niño: paladar hendido, moniliasis
  - La mamá usa anticonceptivos orales
  - La mamá consume alcohol o tabaco
- **Evaluar la lactancia materna, identificar cuál es el problema y corregirlo**

➢ **Si la niña o niño tiene menos de 6 meses y está tomando otro tipo de leche o de alimento**

- **Infundir confianza a la madre en el sentido de que ella puede producir toda la leche que la niña o niño necesita.**
- **Sugerirle que le dé el seno a la niña o niño con más frecuencia y durante más tiempo, de día y de noche, y que reduzca gradualmente otro tipo de alimentos**
- **Si es necesario continuar dando otro tipo de leche o fórmulas pediátricas, recomendar a la madre que:**
  - Le dé el seno lo más que sea posible, incluso de noche.
  - Se cerciore de que el otro tipo de leche sea apropiado.
  - Se cerciore de que el otro tipo de leche sea preparado en forma correcta e higiénica y administrado en cantidad apropiada.
  - Se cerciore de que la niña o niño termine de tomar la leche preparada en el lapso de una hora.
  - No usar restos de leche u otros alimentos para la siguiente comida.
- **Puede darle leche materna extraída manualmente.**
- **Si la madre ha dejado de producir leche, desea amamantar y sobretodo si la niña o niño ha tenido diarrea, considerar la posibilidad de reiniciar el amamantamiento (relactación), REFERIR para consejería en lactancia**

➢ **Si la madre o cuidador está alimentando a la niña o niño con biberón:**

- recomendarle que use una taza y una cuchara en vez del biberón.
- mostrarle cómo alimentar a la niña o niño con una taza y una cuchara.

➢ **Si la madre o cuidador no incentiva a la niña o niño para que coma, recomendarle que:**

- Se siente con la niña o niño y la anime para que coma (Alimentación activa).
- Sirva a la niña o niño una porción adecuada en su propio plato para saber cuánto realmente ha comido.

➢ **Hacer el seguimiento para cualquier problema de alimentación 7 días después (p. 32)**

Aconsejar a la madre o al cuidador sobre problemas de alimentación

Alimentación de la niña o niño enfermo:

- Si la niña o niño tiene la nariz tapada, colocarle gotas de agua tibia o solución salina en las fosas nasales para destapar la nariz (p.27)
- Si la niña o niño está lactando, la mamá debe continuar dando el seno con mayor frecuencia para evitar que pierda peso y se deshidrate
- Si no toma leche materna la niña o niño debe seguir comiendo las mismas comidas que habitualmente, en pequeñas cantidades y con mayor frecuencia incluyendo más líquidos para una adecuada hidratación
- Si la niña o niño está desganado y no quiere comer, es importante que la madre o cuidador le ofrezca la comida que más le gusta de acuerdo con su edad. Se le debe dar alimentos recientemente preparados: cocinados, triturados o picados que sean fáciles de comer
- Animarle para que la niña o niño coma, demostrarle cariño y tenerle paciencia
- Evitar consumo de gaseosas o jugos dulces
- Durante la recuperación la niña o niño debe recibir una ración extra.
- Avisar a la madre y/o cuidador que el apetito mejorará a medida que la niña o niño mejore

Si la niña o niño tiene diarrea persistente sin deshidratación

- **Recomendaciones generales:**

  - Si la mamá está dando de lactar, recomendarle que dé el seno con mayor frecuencia y si es posible por más tiempo cada vez, día y noche
  - Seguir las recomendaciones nutricionales según la edad (p.35)
  - En el mayor de 6 meses, dar comidas ligeras pero frecuentes, al menos seis veces al día.
  - Evitar consumo de gaseosas o jugos dulces

- **Si la niña o niño recibe leche de vaca o leche artificial (en polvo):**

  • Reemplazar la leche de vaca o artificial por leche materna, en lo posible

  • Si no es posible

  - Si la niña o niño es mayor de 1 año darle yogurt natural diluido (sin saborizantes ni sustancias que lo endulcen), ya que contiene menos lactosa y se tolera mejor

    Preparar el yogurt del siguiente modo:

Edad	*Cantidad de yogurt natural*	*Cantidad de agua hervida tibia para mezclar*	*Cantidad de azúcar*
1 año a menor de 2 años	6 cucharadas (3 onzas)	4 cucharadas (2 onzas)	1 cucharadita y media (7.5 g)
2 años a menor de 5 años	8 cucharadas (4 onzas)	6 cucharadas (3 onzas)	3 cucharaditas (15 g)

    Administrar el yogurt preparado, solamente como reemplazo a la leche de vaca o leche artificial que la niña o niño tomaba La niña o el niño debe tomar esta preparación con cucharadita o vaso. Desalentar el empleo del biberón)

  - Si la niña o niño es menor de 1 año o si es mayor de 1 año y no es posible darle yogurt, REFERIR a consulta especializada

Recomendar a los padres o cuidadores ante sospecha de maltrato o falla en la crianza

Reforzar positivamente las habilidades parentales de "**buen trato**", respeto y garantía de los derechos de la niñez(a)

Orientar a los padres o cuidadores

La madre, el padre o los cuidadores deben tener claro que:

- Deben estimular a sus hijas o hijos por sus logros con expresiones o gestos de aprobación y amor.
- Deben comportarse con principios y valores.
- Deben aprovechar el mayor tiempo posible para conversar con sus hijas e hijos, desarrollar actividades juntos (juegos, paseos, leer cuentos etc.), conocer sus sentimientos, ideas y aspiraciones.

¿Son los padres o cuidadores conscientes del problema?

- **Si:** explicarles que una forma directa de defender a la niña o niño, es acudiendo a la autoridad competente en su barrio, localidad o región para solicitar información o ayuda.
- **No:** el primer paso es ayudarlos a que reconozcan que el uso del castigo físico y el maltrato psicológico causan mucho daño y repercute en el desarrollo de la niña o niño.

Es importante que sepan que tienen el derecho y la obligación de orientar a las hijas y los hijos **pero el castigo físico, la humillación y las amenazas deben evitarse.**

Recomendaciones para padres o cuidadores sobre disciplina

- ***Reconocer que las niñas y niños son personas con derechos,*** a ser respetados.
- ***La base de una buena relación con las niñas y niños*** es la expresión permanente de afecto y amor. ***Converse con sus hijas e hijos.***
- ***Las niñas y niños desarrollan*** su comportamiento observando a los adultos que tienen a su alrededor.
- ***Educar o disciplinar a las niñas y niños por sus faltas no implica que sea con dolor o agresión física o verbal. Escuchar lo que la niña o niño tenga que decir*** antes de disciplinarlo. El uso del castigo físico, gritos o insultos causan mucho daño y repercute en el desarrollo de la niña o niño.
- ***Establecer reglas claras para la crianza de la niña o niño.***
  Aplicar siempre las mismas reglas.
  Establecer acuerdos sobre la aplicación de las reglas en consenso familiar.
- ***Explicar siempre las razones por las cuales una conducta o comportamiento es negativo o inapropiado.***
- ***No llamar la atención a la niña o niño por algo que pasó mucho tiempo antes,*** ni ***dos veces por un mismo hecho. Jamás tratar despectivamente ni amenazar a una niña o niño.***
  No reclamar a una niña o niño con enojo.
- ***Contar hasta diez antes de reclamarle a la niña o niño.***

(a) A pesar de que los padres o cuidadores hayamos sido formados en una cultura de castigo o maltrato, con el desarrollo de varias destrezas, es posible transformar esta forma de relación y construir nuevas formas de relación

Guía de estimulación temprana

Niñas y niños < 2 meses

- Orientar a la madre o cuidador para que tanto ella como otros miembros del núcleo familiar mantengan un diálogo con la niña o niño buscando un contacto visual (cara a cara), que le hablen mientras lo alimente con voz suave y apacible
- Estimular visualmente a la niña o niño con objetos coloridos, a una distancia mínima de 30 centímetros, realizando pequeños movimientos oscilatorios a partir de la línea media.
- Colocar a la niña o niño en posición decúbito ventral, para estímulo cervical, llamando la atención de la niña o niño poniéndose en frente, y haciendo también una estimulación visual y auditiva.

Niñas y niños de 2 a 3 meses

- Interactuar con la niña o niño estableciendo contacto visual y auditivo (conversar con el bebé).
- Deben festejarse las vocalizaciones espontáneas del bebé con sonrisas e imitaciones. Si dice “ba ba ba”, repitiendo “ba ba ba”; imitar todos los sonidos que él haga (tos, llanto estornudos) lo animará a usar su voz más a menudo.
- Darle oportunidad a la niña o niño de quedar en una posición sentada con apoyo, para que pueda ejercitar el control de la cabeza.
- Tocar las manos de la niña o niño con pequeños objetos, estimulando que ella o él los tome..

Niñas y niños de 4 a 5 meses

- Colocar juguetes a pequeña distancia de la niña o niño, dando la oportunidad para que intente alcanzarlos.
- Darle a la niña o niño objeto en la mano, estimulándolo para que se los lleva a la boca.
- Proporcionar estímulos sonoros o auditivos, fuera de su alcance visual, para que localice el sonido.
- Estimular a la niña o niño haciendo palmas o jugando para que pase solo de la posición supina a la pronación.
- A la niña o niño le gusta que lo balanceen. Sostenerlos y bailar al compás de alguna melodía

Niñas y niños de 6 a 8 meses

- Jugar con la niña o niño a taparse y descubrirse, utilizando paños para cubrir el rostro del adulto y descubrirlo.
- Dar a la niña o niño juegos fáciles de ser manejados, para que pueda pasarlos de una mano a otra.
- Mantener un diálogo constante con la niña o niño, introduciendo palabras de fácil sonido (da–da–pa–pa).
- A esta edad le gusta mirarse en el espejo. Sonríe y hace señas. Tratar de interactuar “mira ahí, estás tú”, “¿dónde estoy yo?’”.
- Enseñe a los padres que a esta edad probablemente comienza a llamarle la atención la nariz. Jueguen señalando su propia nariz y después la de él. Siempre hablando. Lo mismo hacer con los ojos, boca, pelo, etcétera.
- Dejar a la niña o niño jugar sentado en el suelo (en una colchoneta o petate) o dejarla en decúbito ventral. estimulando que ella se arrastre y posteriormente gatee.

Niñas y niños de 9 a 11 meses

- Jugar con la niña o niño con música, haciendo gestos (batir palmas, decirle adiós con la mano) solicitando que responda.
- Promover el contacto de la niña o niño con objetos pequeños (semillas de maíz, porotos o frijoles, cuentas etc.) para que pueda tomarlos con los dedos utilizándolos como una pinza (¡Cuidado! observar que la niña o niño no se lleve los objetos a la boca).
- Conversar con la niña o niño estimulando que domine el nombre de las personas y objetos que lo rodean.
- Dejar a la niña o niño en un sitio en que ella pueda cambiar de posición: de estar sentado a estar de pie con apoyo; por ejemplo al lado de una mesa, un sofá o una cama, y donde pueda desplazarse tomándose de estos objetos.
- A esta edad les fascina tirar todo al suelo, solicitar a la niña/o que colabore para ordenar, “trae a mamá la pelota… la ponemos acá....yo te ayudo”.

Niñas y niños de 12 a 14 meses

- Estimular a la niña o niño para que salude con la mano (diga adiós), tire besos, aplauda, atienda al teléfono, etc.
- Dar a la niña o niño recipientes y objetos de diferentes tamaños, para que desarrolle la función de encajar un objeto en un molde y de colocar un objeto en un recipiente.
- Enseñarle a la niña o niño palabras simples a través de rimas, músicas y sonidos comúnmente hablados (palabras completas).
- A esta edad hay que estimular a la niña o niño a que mire revistas o cuentos. Puede también, cortarse figuras en las que aparezcan comidas favoritas o juguetes y hacer con esto una especie de libro. Él o ella aprenderá a pasar las hojas, probablemente al principio sean varias hojas o al revés.
- Posibilitar que la niña o niño pueda desplazarse pequeñas distancias tomándose de objetos para promover que camine sin apoyo

Niñas y niños de 15 a 17 meses

- Solicitar a la niña o niño objetos diversos, pidiéndoselos por el nombre, ayudando de este modo a aumentar su repertorio de palabras y conocimiento, así como las funciones de dar, traer, soltar y siempre que sea posible demostrarle cómo hacerlo.
- Aprovechar los momentos de descanso para traer un libro y mostrarlo. Hablar sobre los dibujos que va viendo y contarle historias sobre ellos. “Esto es un auto...Un auto como el de papá”.
- Si la niña o niño señala algunos de sus dibujos es que está tratando de decir algo sobre ella o él. Aun cuando no se entienda lo que dice, debe escucharse su intento, cuando termine su turno hablar nuevamente.
- Escuchar con la niña o niño música rápida, luego música lenta. Estimularlo a que se mueva y siga el compás.
- Darle a la niña o niño papel y crayones para fomentar su expresión (garabateo espontáneo).
- Jugar con la niña o niño pidiéndole que camine para adelante y para atrás, inicialmente con ayuda.

Niñas y niños de 18 a 23 meses

- Estimular a la niña o niño a ponerse y sacarse sus vestimentas en los momentos indicados, inicialmente con ayuda.
- Jugar con los otros integrantes de la familia a aprender las partes del cuerpo. El primer tiempo observará y luego participará. “Tócate la nariz” “¿Dónde están los ojos?”.
- La pequeña o el pequeño continuará utilizando gestos frente a las palabras nuevas que no sabe decir. Intente prestar atención a lo que señala y enseñe la palabra de lo que ella o él quería decir. Puede que a esta edad, cada palabra signifique una frase. Ej.: niña: “Más” Madre: “Más leche, por favor. Tú quieres más leche”.
- Jugar con la niña o niño con objetos que puedan ser apilados, demostrando cómo hacerlo.
- Solicitar a la niña o niño que señale figuras de revistas y juegos que ya conoce.
- Jugar con la niña o niño a patear la pelota (hacer gol).

Investigar las causas de la desnutrición o crecimiento inapropiado y aconsejar

Investigar causas de desnutrición o crecimiento inadecuado	Consejería nutricional para niña o niño de 6 meses a 4 años
1. Investigar si la niña o niño está enferma/o o si tiene una enfermedad crónica (asma, VIH y sida, diabetes, otras). ¿Luce su niña o niño con frecuencia, cansada/o o enferma/o? 2. Preguntar ¿Ha estado tomando menos leche materna o comiendo menos de lo usual?	• Motivar a la niña o niño a comer sus alimentos favoritos que sean suaves, variados y apetecibles. • Después de la enfermedad darle alimentos con mayor frecuencia de lo usual y motivar a la niña o niño a comer más.
3. ¿Come carne (pescado, res, pollo)? ¿Huevos, leche y sus derivados? ¿Fréjol, lenteja, arveja, haba, chocho, soya, otros?	• Motivar a que agregue leguminosas y alimentos de origen animal, esto mejorará la calidad de la dieta y es muy importante para una niña o niño con baja talla para promover el crecimiento sin una excesiva ganancia en el peso.
4. ¿Consume la niña o niño, frutas y vegetales?	• Alimentar con frutas y vegetales de color amarillo vegetales de color verde oscuro.
5. ¿Le da un alimento básico (arroz, quinua, cebada, papa, plátano verde, yuca, melloco) espeso o diluido?	• Si la dieta es mayormente a base de cereal, motivar a la madre o cuidador a prepararlo más espeso, no diluido y agregar un poco de grasa (como aceite) para aumentar la densidad energética.
6. ¿Hay algún alimento al cual la niña o niño sea alérgico o no consuma?	• Si la niña o niño es alérgica/o a un alimento especifico, dar consejería para el consumo de un alimento alternativo que contenga nutrientes similares.
7. Investigar sobre factores subyacentes (sociales, del entorno) 8. Identificar con la madre o cuidador las causas más probables de desnutrición.	• Aconsejar a la madre o cuidador como abordar las causas: - Discutir con la madre lo que es factible realizar y que identifique quién le puede apoyar. - Reconocer su situación y motivarla a tomar decisión para mejorar el crecimiento de su niña o niño. - Establecer metas con la madre o cuidador. Unas pocas acciones que ella pueda poner en práctica (de dos a tres). - Verificar, asegurarse que ella ha comprendido y sabe lo que debe hacer. - Definir con ella la fecha para la próxima evaluación
9. Investigar tamaño de las porciones y frecuencia de acuerdo a la edad.	• Orientar tamaño de las porciones y frecuencia de acuerdo a la edad según cuadro p. 35
10. Determinar si hay caries y evaluar prácticas de higiene oral. 11. Revisar las arcadas superior e inferior con ayuda de un baja lenguas y pregunte: ¿Cómo limpia, la boca y dientes de la niña o niño?	• Realizar diariamente la higiene de los dientes al menos dos veces al día con una gasa húmeda o paño bien limpio (en el menor de 6 meses), un cepillo dental suave a los mayores de 6 meses (Puede emplear pasta dental, recordar que el cepillado es lo importante no la pasta dental). • Acostumbrar a la niña o niño al cepillado de los dientes después de cada comida y antes de dormir. • Recomendar alimentos que den resistencia al diente (leche, queso, pescado, cereales, frutas y verduras) según edad. • Evitar uso de biberones o chupones. • Recomendar o referir a control odontológico por lo menos una vez al año a partir de la erupción de sus primeros dientes.

Investigar las causas del sobrepeso y obesidad y aconsejar

Investigar las causas	Consejería nutricional
Si la niña o niño es menor de 6 meses: - ¿Le está dando pecho a su niña o niño? - ¿Recibe algún tipo de fórmula o leche? Si es así, ¿Qué fórmula u otra leche le está dando? - ¿Cuánta fórmula o leche le da a la niña o niña cada día? - ¿Cómo prepara la fórmula o leche? ¿Le agrega algo a la leche o fórmula para endulzarla o espesarla?	• Motivar a la madre, alimentar a la niña o niño sólo con leche materna durante los primeros seis meses y después continuarla hasta los 2 años de edad o más con alimento complementario. • Aconsejar a la madre: - Si la niña o niño es amamantada/o, no necesita otro alimento ni líquido hasta los seis meses de edad. - Los sucedáneos de la leche materna deben prepararse con la cantidad correcta de agua, no se debe agregar azúcar, cereal, u otros ingredientes para espesar. Si la niña o niño no recibe lactancia materna, debe recibir 480 mL (16 onzas) de fórmula al día si tiene entre 0 y 1 mes; 630 mL (21 onzas) entre 1 y 2 meses; 720 mL (24 onzas) entre 2 y 3 meses; 900 mL (30 onzas) entre 4 y 6 meses.
Si la niña o niño tiene de 6 a 24 meses de edad: - ¿Qué alimentos complementarios consume? - ¿Cuántas veces al día está siendo alimentado? - ¿Cuánta comida consume en cada tiempo? - ¿Cuánta formula u otra leche recibe? **Si la niña o niño es mayor de 2 años:** - ¿Qué come la niña o niño en un día normal? - ¿Qué tipo de alimento básico come la niña o niño?, ¿qué tipo de pan? - ¿Consume refrescos? ¿Con qué frecuencia? - ¿Pasteles o dulces? ¿Con qué frecuencia? - ¿Mantequilla, margarina y dulces, (por ejemplo, miel, chocolate, mermelada)? ¿Cuánto? - ¿Refrigerios con alto contenido energético (como papas fritas, entre otros)?, ¿Qué tan seguido? - ¿Alimentos fritos y/o apanados (como papas fritas, carne, pan frito, entre otros)?, ¿Qué tan seguido? - ¿Carne grasosa?	• Dar alimentos complementarios nutritivos. • 500 mL (17 onzas) de fórmula u otra leche por día es suficiente cuando la niña o niño está recibiendo alimentos complementarios. • Evitar alimentos grasosos o fritos, dulces y cereales refinados. • Seguir las recomendaciones de la p. 35 según la edad de la niña o niño. • No obligar al niño o niña a comer. • Sugerir fuentes no refinadas de carbohidratos, por ej: El pan de trigo, papas. • Limitar el consumo de bebidas dulces, pasteles y dulces (no más de dos veces a la semana). • Evitar refrigerios con alto contenido energético: ofrezca, entre comidas, frutas frescas y vegetales (Zanahoria, manzana, sandía, naranja, banano, mandarina, etc.) • Disminuir la ingesta de alimentos fritos. • Quitar la grasa a las carnes (La piel del pollo o el “cebo” de la carne). • Servir porciones pequeñas, dependiendo de la edad del niño, tamaño y nivel de actividad física. • Si es necesario, recomendar que se modifique la preparación de la comida: utilizar menos cantidades de grasa, sal y azúcar. • Limitar el consumo de alimentos a los tiempos de comida y refrigerios programados. • Hacer los tres tiempos de comida en familia, evite discusiones durante las comidas. • Siempre motivar a que el niño se siente a comer en la mesa, evite que coma viendo televisión. • No permitir que permanezca más de 2 horas en el día frente a dispositivos con pantalla (Computadora, televisión, celular, videojuegos etc.) • Evitar usar la comida como una forma de recompensa, calmar enojo o disminuir el aburrimiento.
Preguntar: - ¿Cuántas horas de actividad física hace la niña o niño? - ¿Qué oportunidades tiene para hacer actividad física? - ¿Cuántas horas permanece sentada/o o acostada/o durante el día?	• Permitir que las niñas y niños gateen y se muevan de un lado a otro, en un entorno seguro. • Limitar el tiempo, durante el día, de la niña o niño para estar sentado o acostado. • Motivar a la niña o niño a realizar juegos o movimientos activos: • Marchar, saltar, tirar, patear una pelota, dar brincos. • Buscar actividades físicas que la niña o niño disfrute. Involucrarlo en las tareas de la casa: barrer, limpiar muebles, limpiar el patio. • Motivar a la familia que realice actividades físicas: caminatas, juegos de pelota o bicicleta, saltar y ejercicios.
- Identificar, con la madre y cuidadores, las causas más probables del sobrepeso	• Aconsejar a la madre y cuidadores como abordar las causas. • Discutir con la madre y cuidadores lo que es factible realizar y que identifiquen quién les puede apoyar. • Reconocer su situación y motivarla a tomar decisión para mejorar el crecimiento de su niño. • Establecer metas con la madre o cuidador. Unas pocas acciones que ella pueda poner en práctica (de dos a tres). • Verificar, asegurarse que ella ha comprendido y sabe lo que debe hacer. • Definir con ella la fecha para la próxima evaluación.
- Determinar si hay caries y evaluar prácticas de higiene oral. - Revisar las arcadas superior e inferior con ayuda de un baja lenguas y preguntar: ¿Cómo limpia, la boca y dientes de la niña o del niño?	• Realizar diariamente la higiene de los dientes al menos dos veces al día con una gasa húmeda o paño bien limpio (en la/el menor de 6 meses) un cepillo dental suave a los mayores de 6 meses (Puede emplear pasta dental para niños). • Acostumbrar a la niña o niño al cepillado de los dientes después de cada comida y antes de dormir. • Recomendar alimentos que den resistencia al diente (leche, queso, pescado, cereales, frutas y verduras) según edad. • Evitar uso de mamaderas o chupones. • Recomendar o referir a control odontológico por lo menos una vez al año a partir de la erupción de sus primeros dientes.

Determinar riesgo durante el embarazo

Preguntar

- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuándo fue su última menstruación?
- ¿Ha tenido algún control prenatal? ¿Cuántas veces?
- ¿Cuándo fue su último parto?
- ¿Los partos han sido naturales o por cesárea? ¿Cuántos embarazos ha tenido?
- ¿Ha tenido hijos prematuros, de bajo peso al nacer (< 2500 g) o macrosómicos (>4000 g)
- ¿Ha tenido hijos con malformación?
- ¿Se ha muerto algún hijo o hija antes de nacer o durante la primera semana de vida?
- ¿Ha tenido dolores de parto?
- ¿Percibe movimientos fetales?
- ¿Tiene o ha tenido fiebre?
- ¿Padece de alguna enfermedad? ¿Cuál?
- ¿Le han dado algún medicamento? ¿Cuál?
- ¿Ha tenido hemorragia vaginal?
- ¿Le ha salido líquido por la vagina? ¿De qué color?
- ¿Ha tenido flujo vaginal?
- ¿Ha tenido dolor de cabeza intenso?
- ¿Ha tenido visión borrosa?
- ¿Ha tenido convulsiones?
- ¿Ha perdido la conciencia?
- ¿Fuma, bebe o consume drogas?

Determinar

- Fecha probable de parto
- Edad gestacional
- Peso
- Presión arterial
- Temperatura
- Altura uterina
- Frecuencia cardíaca fetal
- Presentación
- Presencia de contracciones

En este caso clasificar según cuadro en página 43

- Embarazo múltiple
- Si tuvo cesárea anterior
- Si tiene palidez palmar o conjuntival intensa
- Si tiene hinchazón en cara, manos y/o piernas
- Si tiene o ha tenido hemorragia vaginal
- Signos de enfermedad sistémica y/o de transmisión sexual (ITS)

Si existe posibilidad determinar:

- Hb, Hto, VDRL/RPR, VIH, Hepatitis B
- Grupo sanguíneo, prueba de coombs
- Glucosa en sangre
- Examen de orina

Si no existe posibilidad refiera para exámenes

Preguntar a todas las madres
Si tienen su libreta integral de salud

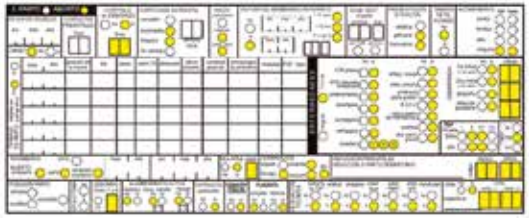
Clasificar

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Uno de los siguientes signos: • Embarazo mayor de 41 semanas 6 días • Disminución o ausencia de movimientos fetales • Enfermedad sistémica no controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo) • Infección urinaria con fiebre • Hemorragia vaginal • Ruptura Prematura de Membranas (RPM) • Presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa • Cambios en la frecuencia cardíaca fetal (FCF) (<110 ó > 160 x min.) • Hb < 7 mg/dL y/o palidez palmar y conjuntival intensa • Hinchazón en cara, manos y piernas	**Embarazo con riesgo inminente o muy alto**	**ESTABILIZAR Y TRATAR antes de referir** ➢ Prevenir hipotensión (**verclave roja)** ➢ Tratar hipertensión, preeclampsia y eclampsia (p. 44), **ver clave azul** ➢ Si presenta RPM iniciar tratamiento (p. 44) ➢ Si tiene RPM con signos de infección (fiebre, líquido amniótico fétido, taquicardia materna o fetal, administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado (p. 44) ➢ Si existe posibilidad, administrar oxígeno ➢ **Referir URGENTE**, acostada del lado izquierdo, al centro de mayor complejidad
Uno de los siguientes signos*: • Menor de 16 años o mayor de 35 años • Período entre embarazos < 2 años • Altura uterina no correlaciona con edad gestacional • Hb entre 7 y 10 mg/dL o palidez palmar o conjuntival • VDRL/RPR, VIH o Hepatitis B positivo • Madre Rh negativa • Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción • Problemas odontológicos o de salud bucal (enfermedad periodontal) • Antecedente de hijos prematuros, bajo peso, macrosómicos y/o malformados • Antecedente de abortos habituales, muerte fetal o neonatal temprana • Enfermedad sistémica controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo • Ingesta de medicamentos teratogénicas • Ganancia inadecuada de peso • Primigesta o gran multípara • Infección urinaria sin fiebre • Presentación anormal • Sin control prenatal • Enfermedad mental • Embarazo múltiple • Cirugía uterina previa incluyendo cesárea • IMC <18.5 o >30 • Flujo vaginal anormal • Violencia intrafamiliar/sexual	**Embarazo de alto riesgo**	➢ Atender o referir a consulta por especialista. ➢ Si embarazo múltiple: referir antes de las 30 semanas de gestación ➢ Si VDRL/RPR positivo iniciar tratamiento con penicilina benzatínica y REFERIR ➢ Recomendar a la madre que continúe con el tratamiento instituido ➢ Administrar hierro, ácido fólico según orientación del MSP ➢ Administrar dT si corresponde según esquema de vacunación ➢ Brindar asesoría para ITS-VIH según manual de referencia del MSP ➢ Determinar la fecha para el próximo control. ➢ Dar consejería en nutrición, cuidados del embarazo y lactancia materna ➢ Enseñar signos de alarma para regresar URGENTE ➢ Elaborar con la mujer y su familia el plan de parto en el establecimiento de salud de acuerdo a los factores de riesgo y capacidad resolutiva ➢ Promover la participación de la pareja y familia en el cuidado de la embarazada y futuro niño/a ➢ Si la mujer es Rh (-) no isoinmunizada, es necesario administrar Inmunoglobulina anti D dosis única entre las 28 y 30 semanas, y dentro de los 3 primeros días post parto independiente del grupo ABO. ➢ En caso de violencia intrafamiliar y/o sexual, por el alto riesgo que representa, **REFERIR** al sistema de contención de violencia basada en género.
• Embarazo que no cumple con las clasificaciones anteriores	**Embarazo de bajo riesgo**	➢ Asesorar sobre signos de alarma en el embarazo ➢ Elaborar con la mujer y su familia el Plan Parto en el establecimiento de salud. ➢ Seguimiento hasta concluir el embarazo según GPC control prenatal del MSP ➢ Dar asesoría en educación prenatal, nutrición, cuidados del embarazo, puerperio, lactancia materna y vacunas en el niño(a) ➢ Brindar asesoría para VIH ➢ Recomendar a la madre que continúe con el tratamiento instituido ➢ Administrar hierro y ácido fólico según manual especifico del MSP ➢ Administrar dT si corresponde

*Para identificar a los factores de riesgo considerados como modificables y no modificables diríjase a la guía de control prenatal del MSP

Determinar riesgo durante el trabajo de parto y el parto

Empleando la Historia Clínica Perinatal base y el partograma, correctamente llenados, evaluar el Riesgo durante el Trabajo de parto



Preguntar:	Determinar
• ¿Cuándo fue su última menstruación • ¿Ha tenido dolores de parto? • ¿Tiene ganas de pujar? • ¿Percibe movimientos fetales: menos de lo normal o el feto ha dejado de moverse? • ¿Hay salida de líquido por la vagina?, ¿De qué color? ¿Hace cuánto tiempo? ¿Hace más de 12 horas? • ¿Tiene o ha tenido dolor de cabeza severo? • ¿Ha tenido zumbido en los oídos? • ¿Ha mirado chispitas o visión borrosa? • ¿Tiene o ha tenido recientemente convulsiones? • ¿Tiene o ha tenido hemorragia genital? • ¿Tiene o ha tenido fiebre? • ¿Ha tenido cesáreas previas? - ¿Cuántas?	• Presión arterial • Temperatura axilar • Intensidad y frecuencia de las contracciones • Adelgazamiento del periné, cabeza fetal visible • Edad gestacional • Palidez palmar o conjuntival • AFU (altura de fondo uterino) • Posición del feto (Maniobras de Leopold) - ¿Es podálica o transversa? • Dinámica uterina en 10 min: - ¿Tiene menos de 3 contracciones o 3 o más contracciones intensas? • Frecuencia cardiaca fetal (FCF) cada 30 minutos - ¿es menor de 120 o mayor a 180 latidos/min? • Salida de líquido amniótico • ¿Edema en cara, manos y pies? • Presencia de hemorragia vaginal

CLASIFICAR

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
La parturienta presenta menos de 3 contracciones en 10 minutos o, usando el partograma, el parto NO es inminente y tiene una de las siguientes señales: • Tiene menos de 16 o más de 35 años de edad • Hipertensión no controlada y/o tiene o ha tenido recientemente convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia, dolor de cabeza intenso, o zumbido de oídos • Edema en cara, manos y piernas • Enfermedad sistémica no controlada • Hemorragia vaginal • Ruptura Prematura de Membranas • Edad gestacional: < 37 semana. o > 41 semanas y 6 días. • Disminución o ausencia de movimientos fetales • Cambios en la FCF (FC < 120 o > 160 latidos/minuto) • Hb <7 g/dL y/o palidez palmar y conjuntival intensas • Presentación podálica o situación transversa • Cirugía uterina previa incluyendo cesárea • Embarazo múltiple • Presencia de líquido amniótico meconial • Parto prolongado [a] • Mujer Rh (-) isoinmunizada	**Trabajo de parto con alto riesgo perinatal**	**ESTABILIZAR y REFERIR URGENTE AL HOSPITAL** ➢ Colocar en decúbito lateral izquierdo ➢ Canalizar vía venosa con cánula N° 16 o 18 ➢ Aplicar suero fisiológico o Ringer Lactato a 40 gotas por minuto. ➢ Tratar hipertensión, pre eclampsia y eclampsia, p. 44 **(ver clave azul)** ➢ Tratar hemorragia según GPC del MSP. **(ver clave roja)** ➢ Si existe sospecha de infección (RPM con fiebre y/o flujo vaginal con mal olor): manejo de emergencia (p. 44) ➢ Si hay trabajo de parto prematuro: inhibir contracciones con nifedipina y aplicar o completar esquema de corticoide (p. 44) ➢ Si RPM: ver manejo de emergencias (p. 44)
SI, ADEMÁS de una o más de la señales del cuadro superior y presenta: • 3 o más contracciones intensas en 10 minutos y/o • Ganas de pujar y/o • Adelgazamiento de periné y/o • Apertura de la vagina, cabeza fetal visible	**Parto inminente con alto riesgo perinatal**	➢ Proceder a atender el parto en libre posición para la mujer y con enfoque de derecho humano e intercultural, según GPC del MSP: *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato.* ➢ Canalizar vía venosa empleando solución salina al 0.9% Lactato Ringer ➢ Preeclampsia/eclampsia: Manejo de emergencia (p. 44) ➢ RPM: ver manejo de emergencia (p. 44) ➢ Prever alta probabilidad de Reanimación Neonatal (p.47) ➢ Prever referir en postparto inmediato a la madre y RN.
Si la mujer no tiene las características de las clasificaciones anteriores pero tiene. • 3 o más contracciones intensas en 10 minutos y/o • Ganas de pujar y/o • Adelgazamiento de periné y/o • Apertura de la vagina, cabeza fetal visible	**Parto inminente con bajo riesgo perinatal**	➢ Proceder a atender el parto según GPC del MSP: *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato.* ➢ Preparar el nacimiento considerando probabilidad de Maniobras de Reanimación Neonatal (p. 47)
Si la mujer no tiene las características de las clasificaciones anteriores y el parto no es inminente	**Trabajo de parto con bajo riesgo perinatal**	➢ Colocar en decúbitos lateral izquierdo ➢ REFERIR al establecimiento de salud adecuado para la atención al parto.

(a) Parto prolongado: 3 contracciones de 45 segundos en 10 minutos sin modificaciones cervicales en un periodo de 2 horas

Manejo de emergencia frente a complicaciones del embarazo, parto y postparto

➢ Hipertensión grave, preeclampsia y eclampsia

(Ver clave azul de la estrategia alarma materna del MSP)

→ **Antihipertensivo en caso de presión arterial (PA) diastólica ≥ 110 mmHg**

- Si la PA diastólica es mayor o igual a 110 mmHg, administrar medicamento antihipertensivo hasta reducir la PA diastólica hasta un nivel entre 90 y 100 mmHg. Evitar reducción más importante de la PA para prevenir la hipoperfusión placentaria y la hemorragia cerebral.
- **Nifedipina de acción rápida:** 10 mg VO cada 20-30 minutos según respuesta (Dosis máxima total: 60 mg) y luego 10 – 20 mg cada 6 horas VO. Dosis máxima 120 mg en 24 horas. Puede provocar cefalea, sofocos en la madre y taquicardia en el feto.
- **Alternativa:** Hidralazina: 1mL=20 mg. Administrar 5 mg IV. Si PA diastólica, no disminuye se continúa dosis de 5 mg cada 20 a 30 minutos. Si con la dosis máxima de 20 mg IV no hay respuesta, debe usarse otro antihipertensivo. Puede provocar taquicardia materno fetal importante.
  Si la vía IV no es posible se puede dar IM (Dosis máxima IM= 30 mg)

→ **Prevención de convulsiones en caso de preeclampsia**

- **Sulfato de magnesio 4 g IV en al menos 20 minutos para impregnación:**
  Diluir 2 ampollas de 10 mL al 20% (4 g) de sulfato de magnesio en 80 mL de solución isotónica (Lactato Ringer o solución salina fisiológica al 0.9%) y administrar el volumen total de 100 mL a 100 gotas/minuto . Pasar la solución en 20 minutos
  Dosis de mantenimiento 50 mL de sulfato de magnesio al 20% (10g) + 450 mL de solución isotónica (Lactato Ringer o solución salina fisiológica al 0.9%) a 17 gotas por minuto (1 g/ hora) durante 24 horas.

  Si no se puede usar la vía IV aplicar 10 g IM de sulfato de magnesio 5 g en cada glúteo (2 ampollas y media), en lo posible asociado a 1 mL de lidocaína al 2% (Sólo en casos excepcionales porque la inyección IM es muy dolorosa y expone a un riesgo de infección del muslo).

→ **Tratamiento de convulsiones en eclampsia**

- **Sulfato de magnesio 6 g IV en 20 minutos para impregnación :**
  diluir 3 ampollas de 10 mL de sulfato de magnesio al 20% (total 6 g) en 70 mL de solución isotónica y administrar el volumen total de 100 mL en microgotero a razón de 100 gotas/minuto en 20 minutos. ***Dosis de mantenimiento:*** sulfato de magnesio IV a razón de 2 g/hora por 24 horas después de la última convulsión. Diluir 10 ampollas de 10 mL de sulfato de magnesio al 20% (20 g) en 400 mL de solución isotónica (Lactato Ringer o solución salina fisiológica al 0.9%) a 17 gotas/minuto

→ **Intoxicación por sulfato de magnesio**

Ante sospecha clínica de intoxicación por sulfato de magnesio (FR < de 12/min, paro respiratorio, bradicardia o paro cardíaco), descontinuar sulfato de magnesio y administrar el antídoto: **gluconato de calcio al 10%,** una ampolla de 1 g (10 mL) a administrar por via IV lento en 3 a 10 minutos.
Administre oxígeno a 4 L/min por catéter nasal o 10 L/min por máscara.
Dar ventilación asistida hasta que empiece la respiración.

➢ Amenaza de parto pretérmino

→ **Iniciar tocólisis:**

- Nifedipina dosis inicial de 20 mg VO (utilizando tabletas de acción corta), dar luego 10-20 mg cada 6 a 8 horas de acuerdo a la actividad uterina.

→ **Iniciar la maduración pulmonar fetal** (entre las 24 y 34 semanas 6 días de gestación)

- Dexametasona 6 mg IM c/12 h por 2 días (4 dosis) o
- Betametasona 12 mg IM c/24 horas por 2 días

➢ Rotura prematura de membranas (RPM)

Tratamiento antes de REFERIR

→ **Si embarazo está entre 24 y 34 semanas y 6 días**

- Iniciar la maduración pulmonar fetal
  - Dexametasona 6 mg IM c/12 horas por 2 días (4 dosis) o
  - Betametasona 12 mg IM c/24 horas por 2 días (2 dosis)
- Administrar una dosis AMPICILINA 2 g IV o IM+ ERITROMICINA 250 mg VO

→ **Si el embarazo es mayor de 34 semanas y hasta 37 semanas, SIN trabajo de parto:**

- Administrar una dosis AMPICILINA 2 g IV o IM + ERITROMICINA 250 mg VO

→ **Si el embarazo es mayor de 37 semanas SIN trabajo de parto**

- Administrar una dosis de AMPICILINA 2 g IV o IM mas ERITROMICINA 250 mg VO si la RPM > 18 horas

→ **Mujer embarazada sin trabajo de parto, con trabajo de parto o puérpera con signos de infección (RPM más fiebre o salida de líquido con mal olor por los genitales):**

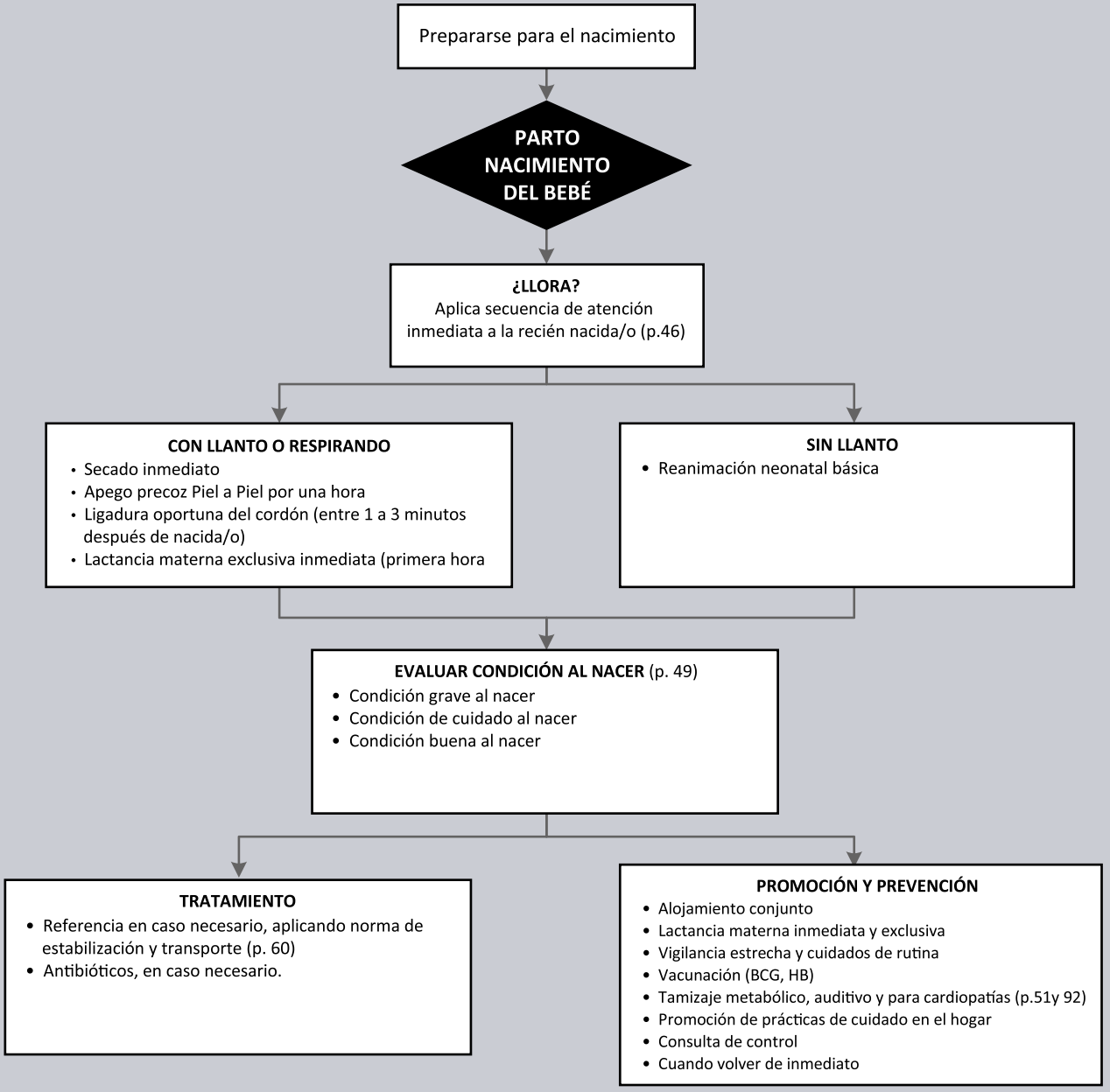
- Canalizar vía venosa con cánula Nº 16 o 18 y administrar solución salina al 0.9% o Ringer Lactato 1000 mL
- Administrar AMPICILINA 2g IV o IM más GENTAMICINA 80 mg IM, administrar una dosis adicional después del parto.

→ **Si el embarazo es mayor de 37 semanas, en trabajo de parto activo o el parto es inminente, atienda el mismo con las siguiente consideraciones:**

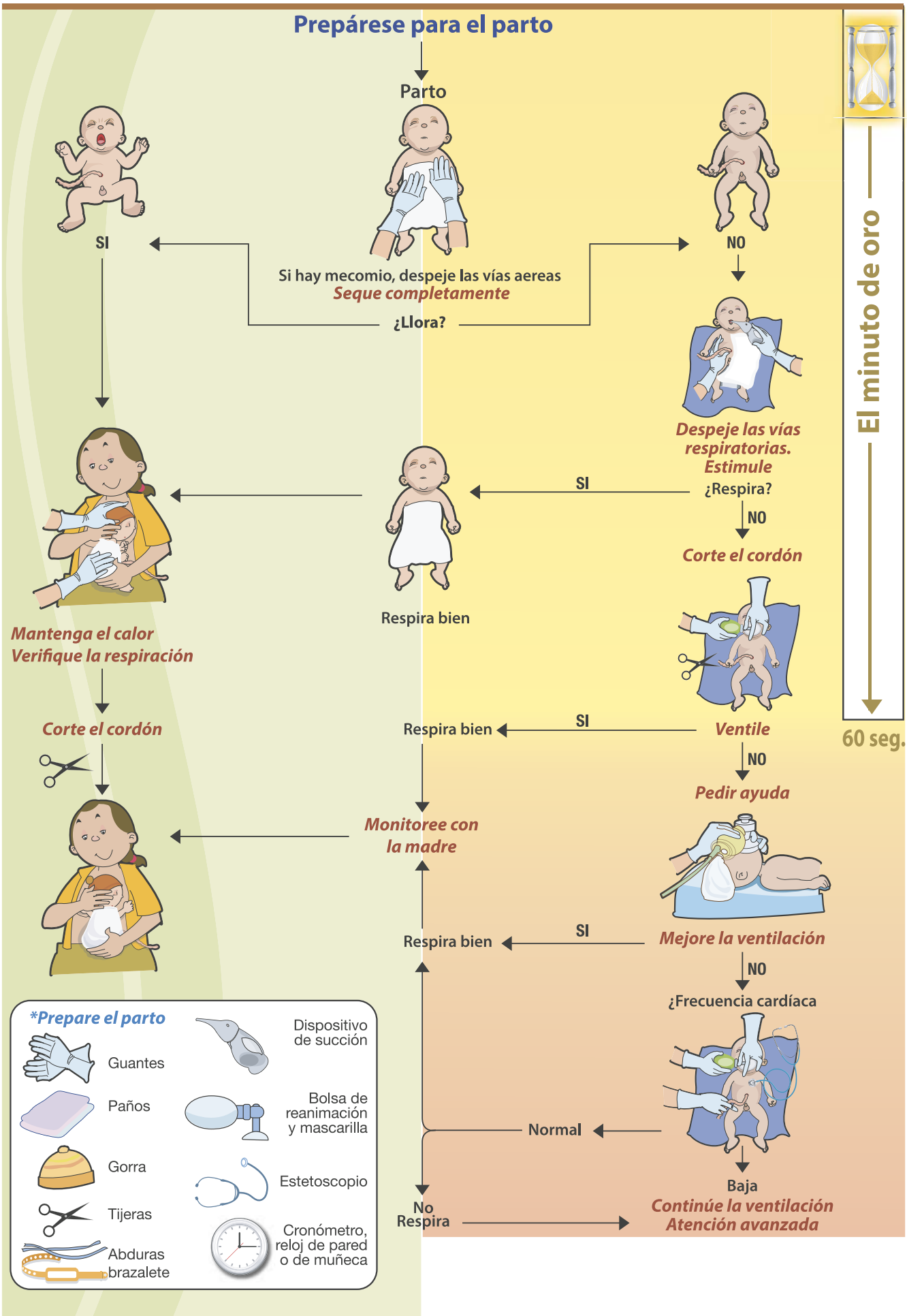
- Restringir los tactos vaginales, evalúe el descenso mediante palpación abdominal
- Profilaxis antibiótica: ERITROMICINA, 250 mg VO cada 6 horas hasta el momento del parto.
- Si las membranas se han roto por más de 18 horas:
  - Canalizar una vía con cánula Nº 16 o 18, y administre solución salina al 0.9% o Ringer Lactato 1000 mL, para mantener vía, administrar: AMPICILINA 2g IV STAT y luego 1g IV cada 6 horas por 48 horas.
  - Si no hay signos de infección después del parto interrumpir los antibióticos, recordar que se utilizó como profilaxis de infección por estreptococo del grupo B en el recién nacido
- Si el parto fue de un pretérmino referir a la madre y al recién nacido al hospital

A. Atención a la niña o niño al nacer

Atención inmediata a la recién nacida o recién nacido: Flujograma de atención



Plan de acción, ayudando a los bebés a respirar



Prepararse para el nacimiento

- **Identificar un asistente y revisar el plan de emergencia**
  - El/la asistente puede ayudar a la madre y asistir durante la atención al recién nacido.
  - El plan de emergencia debe incluir la comunicación y el transporte al hospital de referencia en caso de necesidad
- **Preparar el área para el parto**
  El área donde nazca el bebé debe estar:
  - Limpia
  - Cálida (no menos de 25°C, idealmente entre 26 y 28ºC). Cerrar ventanas y puertas para evitar corrientes de aire, en caso necesario encender una estufa.
  - Bien Iluminada
- **Lavarse las manos cuidadosamente y emplear guantes descartables**
- **Preparar el espacio para la reanimación y verificar el equipo**
  - El espacio (mesa) debe estar seco y debe ser plano, firme, seguro y accesible para que el bebé, en caso necesario, sea ventilado con presión positiva
  - El equipo (bolsa, mascarillas neonatales, perilla de aspiración, estetoscopio) debe estar colocado en la mesa y listo para su uso
  - El equipo debe estar desinfectado
  - Probar el funcionamiento de la bolsa y máscara de ventilación
- **Preparar los otros insumos necesarios para la atención al recién nacido**
  - Guantes; tijeras; ligaduras o clamps para el cordón; dos toallas limpias y secas; reloj con segundero fácilmente visible; gorro de algodón para el recién nacido.

El personal de salud que va a atender
a la recién nacida o recién nacido
debe estar capacitado en atención inmediata
y reanimación neonatal

Puntos críticos
Para la reanimación neonatal básica

- Los primeros 30 segundos deben estar dedicados a la estabilización del recién nacido; esto incluye: **Evitar la pérdida de calor o hipotermia** secándolo completamente, cambiando la toalla y colocándolo en contacto piel a piel con su madre.
- En caso de que el líquido amniótico esté teñido con meconio, antes del secado se debe limpiar la vía aérea, empleando una perilla o gasa
- **Si luego del secado, el bebé no llora, respira mal o no respira**, colocarlo sobre el abdomen de la madre con el cuello ligeramente extendido, calentarlo, despejar vías aéreas con una perilla y estimularlo frotando su espalda una o dos veces
- Si la o el bebé, **aún no llora, respira mal o no respira**, se debe cortar el cordón umbilical e iniciar la ventilación a presión positiva, empleando la bolsa de ventilación neonatal, en el espacio (mesa) preparado para la reanimación
- Se debe realizar la ventilación a presión positiva con aire ambiente y en caso de ser necesario y disponer de oxígeno. **No se debe exceder de una concentración del 40%**
- **La decisión sobre el inicio de la ventilación debe ser tomada antes del minuto del nacimiento (minuto de oro)**
- La frecuencia de ventilación es de **40 ventilaciones por minuto**
- Se debe cuidar que la mascarilla esté bien colocada (cubriendo boca y nariz, con cierre hermético); que la cabeza esté en posición neutra y que la ventilación sea efectiva (el tórax debe elevarse/expandirse con cada ventilación).
- Si luego de un minuto de ventilación, la o el **bebé no respira o respira mal** verificar la frecuencia cardiaca; si ésta es menor a 100 latidos/minuto, se debe continuar la ventilación verificando que la técnica sea correcta.
- **Suspender la reanimación neonatal** si después de 10 minutos de aplicación correcta de maniobras, la o el bebé no respira y la frecuencia cardiaca es 0.

Para toda niña o niño debe promoverse la inscripción en el Registro Civil

Cuidados para mantener la vía aérea permeable durante la ventilación

- La recién nacida o recién nacido debe estar acostado de espaldas
- La cabeza debe estar en posición neutra. La hiperextensión o flexión de la cabeza dificulta la respiración del recién nacido/a
- Para mantener la posición neutra de la cabeza puede usar una compresa o toalla enrollada, que se coloca debajo de los hombros del recién nacido/a
- Para realizar aspiración de la boca y nariz, girar la cabeza hacia un costado
- Aspirar primero la boca y luego la nariz

Valoración de la dificultad respiratoria

Determinar la dificultad respiratoria

(Silverman-Andersen)

SIGNO	0	1	2
Movimientos toraco abdominales	Rítmico y regular	Tórax inmóvil abdomen en movimiento	Tórax y abdomen (sube y baja)
Tiraje intercostal	**No**	Discreto	Intenso y constante
Retracción xifoidea	**No**	Discreta	Notable
Aleteo nasal	**No**	Discreto	Muy intenso
Quejido espiratorio	**No**	Audible con estetoscopio	Constante e intenso

La puntuación de Silverman-Andersen mide la intensidad de la dificultad respiratoria:	
5 puntos o más	*Dificultad respiratoria grave*
3 a 4 puntos:	*Dificultad respiratoria moderada*
1 a 2 puntos	*Dificultad respiratoria leve*
0 puntos:	*Sin dificultad respiratoria*

Oxigenoterapia
Cómo administrar oxígeno a flujo libre

- Se debe administrar oxígeno a flujo libre al recién nacido/a que presenta:
  - Cianosis generalizada
  - Dificultad para respirar de moderada a grave (Silverman-Andersen igual o mayor a 3 puntos)

- **Forma de administración:**
  De preferencia a través de una cánula nasal si está disponible, si no está disponible se puede usar catéter nasal como alternativa flujo de 0,5 litro/minuto.
  (1 a 2 litros/minuto en mayores de 2 meses)

  - ***Cánula nasal***

  - **Catéter nasal**
    - Antes de colocar el catéter nasal, limpiar con cuidado las fosas nasales
    - Medir el catéter nasal desde el ala de la nariz hasta el borde interno de la ceja
    - Verificar continuamente que la punta del catéter no se ha obstruido
    - Si la niña o niño se vuelve rosado, reducir gradualmente el flujo de oxígeno hasta conseguir el flujo mínimo necesario para que se mantenga rosado
    - Usar siempre catéter nasal limpio

Para toda niña o niño debe promoverse la inscripción en el Registro Civil

Procedimientos de atención inmediata a la recién nacida o recién nacido

Evaluar la condición al nacer

Preguntar:	*Observar*
• ¿La madre tuvo ruptura prematura de membranas? ¿hace cuánto tiempo? • ¿La madre presenta fiebre? • ¿La madre presentó flujo genital con mal olor? • ¿Hubo meconio en el líquido amniótico? • ¿la recién nacida o recién nacido ha sido reanimada/o, empleando maniobras de reanimación neonatal (uso de bolsa y máscara o masaje cardiaco) o intubación endotraqueal?	• El color de la piel • La respiración (usando la escala de Silverman Andersen, p 48) • Anomalías congénitas • Lesiones severas debidas al parto
	Determinar
	• Peso • Edad gestacional (usando FUM, Capurro o Ballard) • Temperatura axilar

Clasificar CONDICION AL NACER

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Una de los siguientes condiciones: • Peso < 2,000 g • Ruptura prematura de membranas > 18 h • Fiebre materna o corioamnionitis • Madre con flujo genital fétido • Antecedente de reanimación neonatal • Dificultad respiratoria moderada o severa • Palidez, plétora o cianosis generalizada • Edad gestacional < 35 semanas • Malformaciones congénitas mayores • Lesiones severas debidas al parto • Temperatura axilar < 36.0 o >37.5°C	**Condición grave al nacer**	➢ Administrar OXÍGENO, si tiene dificultad respiratoria, cianosis generalizada o posible aspiración de meconio (p. 48) Nada por boca, si tiene dificultad respiratoria ➢ Si no existe contraindicación iniciar lactancia en la primera media hora postparto ➢ **Dar primera dosis de antibióticos apropiados (p. 61) en los casos siguientes:** - Rotura de membranas > 18 horas y presencia de cualquier otra condición de gravedad de la columna EVALUAR en esta misma fila - Flujo genital con mal olor - Recién nacida o recién nacido prematuro ➢ Verificar cumplimiento de cuidados rutinarios (p.51) ➢ Referir URGENTE al hospital según normas de estabilización y transporte ¨**REFIERA**¨ (p.60) ➢ Mantener a la o el Recién Nacido abrigada/o en el trayecto al hospital ➢ Explicar a la madre y acompañantes sobre la situación y los motivos del traslado.
Uno de los siguientes signos: • Peso al nacer entre 2,000 y 2,500 g • Edad gestacional entre 35 y 37 semanas • Edad gestacional > 41 semanas y 6 días • Dificultad respiratoria leve • Reanimación sin presión positiva y sin masaje cardiaco • Madre VIH positiva o prueba indeterminada o criterios clínicos • Peso ≥ 4000 g • Anomalías congénitas menores como epicanto, hipertelorismo, micrognatia, entre otras	**Condición de cuidado al nacer**	➢ **Referir a consulta especializada** ➢ Mantener a la o el RN junta/o con su madre, piel a piel ➢ Aplicar los cuidados esenciales y rutinarios al RN (p. 51) ➢ Orientar a la madre sobre: - Lactancia materna exclusiva (p. 53) - Cuidados del RN en el hogar (p. 54) - Cuidados 'extra' para el RN prematuro o con bajo peso al nacer (p. 55) ➢ Indicar cuando volver de inmediato (p. 63) ➢ Recomendar a la madre volver a consulta de seguimiento en dos 2 días o realizar visita domiciliaria, sobre todo en caso de riesgo social (ver p.90). ➢ Si es pretérmino o con bajo peso al nacer administrar hierro al cumplir los 28 días (p. 28)
Todo lo siguiente • Respiración regular • Llanto fuerte • Rosado • Activo • Peso > 2500 g o < 4000 g • Edad gestacional > 37 semanas y < 42 semanas. • Ningún criterio para estar clasificado en las anteriores	**Condición buena al nacer**	➢ Aconsejar a la madre que debe mantener a la o el RN abrigado ➢ Verificar cumplimiento de cuidados rutinarios (p. 51) ➢ Vigilar al RN durante las primeras 24 horas de vida (p.51) ➢ Mantener a la recién nacida/o junta/o con su madre ➢ Aplicar los cuidados esenciales y rutinarios a la o el RN (p.51) ➢ Orientar a la madre sobre: - Lactancia Materna Exclusiva a iniciar en la primera hora de vida (p. 53) - Cuidados de la o el RN en el hogar (p. 54) ➢ Informar a la madre que regrese en 4 días para realizar tamizaje metabólico y auditivo ➢ Indicar cuando volver de inmediato (p. 63) ➢ Recomendar a la madre y acompañante volver a consulta de seguimiento en 2 días, o realizar visita domiciliaria.

Para toda niña o niño debe promoverse la inscripción en el Registro Civil

Valoración inicial de la recién nacida o recién nacido
Diagnóstico de edad gestacional (método de CAPURRO)

Signos físicos y característicos

						Puntaje
Forma de OREJA (Pabellón)	Aplanada, sin incurvación 0	Borde superior parcialmente incurvado 8	Todo el borde sup incurvado 16	Pabellón totalmente incurvado 24		..... ➤ _____
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	No Palpable 0	Palpable menor de 5 mm. 5	Palpable entre 5 y 10 mm. 10	Palpable mayor de 10 mm. 15		..... ➤ _____
Formación del PEZÓN	Apenas visible sin areola 0	Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada Borde No levantado 10	Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada Borde levantado 15		..... ➤ _____
Textura de la PIEL	Muy fina gelatinosa 0	Fina lisa 5	Mas gruesa discreta descamación superficial 10	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	Gruesa grietas profundas apergamina-das 20	_____
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	Marcas bien definidas en la ½ anterior, Surcos en ⅓ anterior 10	Surcos en la mitad anterior 15	Surcos en mas de la mitad anterior 20	_____
					Puntaje parcial	_____

Cálculo

Se suman los valores de cada signo físico lo que da un puntaje parcial. Luego se aplica la siguiente fórmula

$$\frac{\text{Puntaje parcial} + 204}{7}$$

Postmaduro	42 semanas o más
A término	37 a 41 semanas
Prematuro	36 semanas o menos

Cuidados esenciales de la recién nacida o recién nacido en el establecimiento de salud

Cuidados esenciales y rutinarios

- Lavarse la manos con agua y jabón antes y después de tocar a la recién nacida/o.
- La recién nacida/o activa/o y con llanto enérgico, debe ser atendida sobre el abdomen de su madre
- Realizar apego precoz piel a piel inmediatamente después de nacer
- Pinzar el cordón umbilical con un instrumento esterilizado, entre 1 y 3 minutos después de nacida/o.
- Iniciar la lactancia materna durante los primeros 60 minutos después de nacer
- Enseñar a la madre la posición correcta y el buen agarre al seno para la lactancia materna (ver p. 53)
- Permitir que la madre y la recién nacida o recién nacido permanezcan juntas/os, en contacto piel a piel, al menos durante la primera hora después del nacimiento antes de proceder con los cuidados de rutina;
- Aplicar antibiótico oftálmico apropiado (eritromicina) en ambos ojos.
- Administrar vitamina K 1 mg [(a)], intramuscular en tercio superior externo del muslo
- Examinar a la recién nacida o recién nacido en un ambiente cálido
- Tomar y registrar la temperatura axilar
- Pesar a la recién nacida o recién nacido y medir su longitud
- Administrar vacuna BCG y HB [(b)]
- Enseñar a la madre como mantener limpio y seco el cordón umbilical, sin colocarle ninguna sustancia
- Esperar de 12 a 24 horas después del nacimiento, para darle a la recién nacida o recién nacido su primer baño.
- La recién nacida o recién nacido debe permanecer junta/o con su mamá (alojamiento conjunto)
- Realizar tamizaje de cardiopatía congénita si dispone de oxímetro de pulso

Tamizaje neonatal

Tamizaje metabólico

(hipotiroidismo congénito, galactosemia, fenilcetonuria, e hiperplasia suprarrenal congénita)

(A partir del 4to día y hasta el día 28 después del nacimiento)

1. Anotar todos los datos en la tarjeta antes de tomar la muestra.
2. Calentar el talón durante 2 o 3 minutos en agua tibia a 41°C **o mediante un suave masaje.**
3. Limpiar el área del talón con gasa impregnada en suero fisiológico y seque con gasa estéril.
4. Puncionar en una de las partes laterales del talón (ver figura)
5. Limpiar la primera gota de sangre con gasa estéril seca.
6. Dejar caer libremente una gota de sangre sobre cada círculo de la tarjeta, de papel filtro, las dos carillas deben estar impregnadas, no toque el papel con la mano o con cualquier solución (ver figura)
7. Dejar secar en lugar fresco sobre una superficie plana por 3 horas
8. Guardar y almacenar cada muestra en sobre de papel y protegida de la luz directa, en papel de aluminio a temperatura de refrigeración por un periodo no mayor a ocho semanas
9. Remitir las muestras, debidamente etiquetadas al laboratorio de tamizaje.

Tamizaje auditivo: El tamizaje auditivo debe realizarse dentro de los 28 días después del nacimiento

Tamizaje para cardiopatías: en las 24 a 48 horas de vida (p.92)

(a) En niñas y niños prematuros (<36 semanas de gestación) que pesan menos de 2.5 kg aplicar la dosis de 0,4 mg/kg (dosis máxima: 1 mg)

(b) Para ser efectiva contra la hepatitis que pueda ser transmitida por la madre, la vacuna HB debe aplicarse lo más pronto posible y antes de las 24 horas después del nacimiento

Para toda niña o niño debe promoverse la inscripción en el Registro Civil

Vigilancia de la recién nacida o recién nacido en el establecimiento de salud durante las primeras 24 horas de vida

<table>
<tr><th>Condición buena al nacer</th><th>Condición de cuidado al nacer</th></tr>
<tr><td>Vigilar al menos una vez*

➢ Temperatura: hipotermia o fiebre
➢ Color de la piel: cianosis o pali dez
➢ Dificultad respiratoria: Silverman - Andersen (p. 48)
➢ Problemas de alimentación: Succión débil o no mama
➢ Sangrado del cordón
➢ Deposiciones: ausencia de eliminación de meconio

* Si la o el recién nacido presenta uno de estos signos, atienda según protocolo y refiera urgente en caso de que la o el recién nacido no mejore, previa estabilización (p. 60)</td><td>Vigilar cada 2 horas*

➢ Temperatura: hipotermia o fiebre
➢ Color de la piel: cianosis o palidez
➢ Dificultad respiratoria: Silverman - Andersen (p.48)
➢ Problemas de alimentación: Succión débil o no mama
➢ Sangrado del cordón

* Si la o el recién nacido presenta uno de estos signos, atienda según protocolo y refiera urgente en caso de que la o el recién nacido no mejore, previa estabilización (p. 60)</td></tr>
<tr><td>Durante la permanencia de la madre y de la recién nacida o recién nacido en el establecimiento de salud, el personal de salud debe enseñar a la madre la posición y el agarre correctos para un buen amamantamiento (p. 53)

 </td><td>La recién nacida o recién nacido con clasificación de ‘cuidado al nacer’, puede ser enviada/o al hogar (criterios de alta) cuando en los últimos 4 controles (cada 2 horas):

➢ Mantiene la temperatura axilar en valores normales (entre 36.5° y 37.5 ºC)
➢ Está rosada/o
➢ No presenta ningún signo de dificultad respiratoria
➢ Succiona bien
➢ Presenta micción (diuresis) y evacuaciones intestinales
➢ No tiene otros problemas

➢ Realizar control al día siguiente del alta, en el establecimiento de salud o realizar visita domiciliaria</td></tr>
<tr><td colspan="2">Antes d e dar de alta a la recién nacida o al recién nacido verificar que haya recibido su vacuna BCG y HB (a)</td></tr>
</table>

(a) Para ser efectiva contra la hepatitis que pueda ser transmitida por la madre, la vacuna HB debe aplicarse lo más pronto posible y antes de las 24 horas después del nacimiento

Para toda niña o niño debe promoverse la inscripción en el Registro Civil

Orientar a la madre sobre la lactancia materna inmediata y exclusiva

Enseñar a la madre cómo iniciar la lactancia materna durante los primeros 60 minutos después del parto

➢ Dar calostro

El calostro:

- Es la primera leche que se produce hasta aproximadamente los tres días después del parto
- Se produce en poca cantidad, pero es suficiente para la alimentación del/la recién nacido/a
- Protege contra infecciones respiratorias e intestinales
- Protege contra alergias
- Ayuda a eliminar el meconio
- Ayuda a prevenir la ictericia
- Ayuda a madurar el intestino

➢ Dar solamente leche materna

- La producción de la leche materna se incrementa a partir del tercer día después del parto y es suficiente para la alimentación de la recién nacida o recién nacido hasta los 6 meses
- Sus ventajas son:
  - Tiene nutrientes adecuados y es fácilmente digerible
  - Protege contra infecciones respiratorias e intestinales
  - Está lista para su administración, es accesible de bajo costo
  - Favorece el desarrollo cerebral y afectivo de la recién nacida o recién nacido.
  - Ayuda a retrasar un nuevo embarazo
  - Protege la salud de la madre y de la recién nacida o recién nacido.

La madre no debe emplear biberón para dar la leche materna, ni emplear chupones, ya que alteran el patrón de succión de la niña o niño y pueden provocar infecciones.

➢ Amamantar en posición adecuada

Mostrar a la madre cómo debe sostener a la recién nacida/o durante la lactancia

- De preferencia sentada con apoyo de la espalda
- La cabeza y el cuerpo del/la recién nacido/a deben estar rectos, con la nariz del/la recién nacido/a frente al pezón
- El cuerpo del/la recién nacido/a en contacto con el cuerpo de la madre, sosteniendo todo el cuerpo de la recién nacida o del recién nacido no sólo el cuello y los hombros.

- La madre también puede dar el pecho en otras posiciones; por ejemplo acostada

➢ Facilitar un buen agarre del seno

- Tocar los labios de la recién nacida o recién nacido con el pezón
- Esperar hasta que la recién nacida o recién nacido abra bien la boca
- Aproximar a la niña o niño rápidamente hacia el pecho y cerciorarse que el labio inferior de la niña o niño quede por debajo del pezón

➢ Enseñar los signos de buen agarre

- La recién nacida o recién nacido toca la mama con el mentón
- Mantiene la boca bien abierta
- Mantiene el labio inferior volteado hacia fuera
- Se observa más la aréola por arriba que por abajo

➢ Verificar que la niña o niño mama bien

- Succiona en forma lenta, profunda y con pausas ocasionales.
- Deglución audible.

Para toda niña o niño debe promoverse la inscripción en el Registro Civil

Orientar a la madre o acompañante sobre Cuidados generales de la recién nacida o recién nacido (RN) en el hogar

➢ Prevenir el enfriamiento (hipotermia)

- Vestir y/o abrigar a la recién nacida o recién nacido (RN)
- Mantener la temperatura de la habitación caliente, sin corrientes de aire
- Si la habitación está fría o la o el RN es pequeña/o cubrirle la cabeza con una gorra.
- Si la o el RN es menor a 37 semanas, o pesa menos de 2500 g o está fría/o colocarle en contacto **piel a piel con la madre**, usando la técnica canguro
- La o el RN debería dormir con la madre hasta que se estabilice su temperatura
- Evitar el contacto de la o el RN con superficies frías.
- No bañarla/o durante las primeras 24 horas de vida

➢ Recomendaciones para la técnica canguro

La técnica canguro es ideal para evitar la hipotermia
Es recomendable en particular en casos de:

- Recién nacidas/os prematuras/os
- Para la referencia al hospital

Incentivar la participación del padre u otro familiar o acompañante en la aplicación de la técnica canguro en casa.

➢ Para la técnica canguro, la recién nacida o recién nacido

- Debe vestir gorra, medias y pañal.
- Debe ser colocada/o entre los senos de la madre, o en el pecho del padre u otra persona, en posición vertical, con las piernas y brazos abiertos en posición de rana.
- Debe apoyar su mejilla en el tórax de la madre y mirar de frente a uno de sus senos
- Debe ser cubierta/o con la misma ropa de la madre o padre
- Debe estar asegurado a la madre/padre para mantener el contacto permanente piel a piel.
- Después de cada lactada cambiar la posición de la cabeza hacia el otro seno

➢ Alimentación de la recién nacida o recién nacido

- Ofrecer lactancia materna exclusiva
- No dar ningún otro líquido ni leches artificiales
- La recién nacida o recién nacido debe tomar pecho las veces que quiera, al menos 8 veces en 24 horas

➢ Cuidar el cordón umbilical

- No colocar ninguna sustancia en el cordón umbilical (cremas, medicamentos, etc.)
- Vestir a la recién nacida/o con ropa suelta para que el cordón umbilical esté libre.
- Si el cordón está sucio, lavarse las manos y después lavar el cordón con agua limpia y jabón. Secarlo cuidadosamente.
- No utilizar apósitos, gasas o fajas, polvos, ni cubrir con el pañal.
- No manipular el cordón sin necesidad
- Vigilar si el cordón presenta supuración y/o mal olor

➢ Cuidado de los ojos

- Lavarse las manos antes de manipular a la recién nacida o recién nacido.
- En caso necesario, limpiar los ojos con un paño limpio, hacia la parte externa de cada ojo
- Vigilar la aparición de enrojecimiento y/o presencia de secreción purulenta en los ojos

➢ Recomendar a la madre que vuelva de inmediato Si la recién nacida o recién nacido presenta cualquiera de los siguientes **signos de alarma**:

- Se mueve poco o se ve mal (letárgico)
- No puede lactar o lacta mal
- Vomita todo lo que come
- Está muy caliente o se pone frío
- No respira o le cuesta respirar
- Tiene secreción purulenta en los ojos o el ombligo
- Sangre en las heces
- Está irritable
- Presenta ictericia (se pone amarillo/a) o cianosis (se pone morado/a)

Para toda niña o niño debe promoverse la inscripción en el Registro Civil

Cuidados 'extra' en el hogar para una recién nacida o recién nacido prematura/o o con bajo peso al nacer

- **'Extra'** cuidado para evitar que se enfríe

  - Emplear la 'Técnica Canguro'
  - La niña o niño debe permanecer junto con la madre o padre o cuidador
  - Mantenerla/o abrigada/o, con gorro, mantillas, incluso en lugares cálidos
  - Evitar que el lugar donde permanece la niña o niño tenga corrientes de aire, ventanas cercanas, etc.
  - Bañarla/o con agua tibia y secarlo rápidamente

- **'Extra'** cuidado para prevenir infecciones y cuidado con la piel

  - Lavarse las manos antes de tocar a la recién nacida o el recién nacido.
  - Mantener el cordón umbilical seco y limpio
  - Mantener limpia el área anogenital

- **'Extra'** apoyo con la lactancia materna

  - Darle sólo leche materna
  - En caso necesario, **emplear la alimentación con vaso para la administración de leche materna**
  - Aplicar las técnicas de posición y agarre adecuadas para la lactancia materna

- **'Extra'** control y seguimiento por el personal de salud

  - Debe recibir control, por el personal de salud, al menos una vez por semana durante el primer mes de vida, ya sea en el hogar o en el establecimiento de salud

- **'Extra'** suplementación de hierro
  - Administrar a diario solución de hierro en gotas a partir de los 28 días de nacido hasta los 6 meses de edad a la dosis de 2 mg/kg. A partir de los 6 meses suspender el hierro y administrar MICRONUTRIENTES EN POLVO un sobre pasando un día por 6 meses consecutivos (90 sobres en total), ver orientaciones para la administración en p. 28.

Para toda niña o niño debe promoverse la inscripción en el Registro Civil

B. Atención al neonato o menor de 2 meses enfermo

1. Evaluar si tiene enfermedad muy grave o infección local

- **Determinar si es la primera consulta por este problema o si es una consulta para una reevaluación del caso**
  - **Si se trata de una consulta de reevaluación, seguir las instrucciones para "Reevaluación y Seguimiento" en los Cuadros de las páginas 64, 65**
  - **Si es la primera consulta examinar a la niña o el niño del siguiente modo:**

Preguntar

- ¿Ha tenido convulsiones?
- ¿Puede mamar o alimentarse?
- ¿Vomita todo lo que come?
- ¿Tiene dificultad para respirar?
- ¿Tiene fiebre o se pone frio/a?

Observar, determinar

- Determinar el estado de conciencia ¿letargia, inconsciencia o flacidez, irritable o "no luce bien", "se ve mal"
- Dificultad para respirar
  - Tiraje subcostal grave
  - Aleteo nasal
  - Contar frecuencia respiratoria en 1 min.
  - Repetir si el recuento es alto o bajo
  - Quejido espiratorio, estridor o sibilancia
- ¿La fontanela está abombada?
- ¿El ombligo está enrojecido o con pus?
- ¿El enrojecimiento se extiende a la piel?
- ¿Hay secreción ocular?
  - ¿Con hinchazón de la piel?
- ¿Tiene distensión abdominal?
- Determina el color de la piel
  - ¿Tiene cianosis o palidez?
- Observar la piel para determinar si tiene pústulas o vesículas
  - ¿Son muchas o extensas?
- Observar la boca: ¿tiene placas blanquecinas?
- Observar manifestaciones de sangrado: ¿Hay equimosis, petequias, o hemorragia?
- ¿Tiene movimientos anormales?
- Medir el peso
- Tomar la temperatura axilar.
- Identificar otros problemas (ej: anomalías congénitas)

Respiración rápida: 60 o más por minuto
Respiración lenta: 30 o menos por minuto

Clasificar

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar

Uno de los siguientes signos:
• Convulsiones (ataques)
• "Se ve mal", irritable
• No puede mamar o alimentarse
• Vomita todo lo que come
• Letárgico, inconsciente, flacidez
• Dificultad respiratoria:
  - Respiración rápida(>60/min)
  - Respiración lenta (<30/min)
  - Quejido, estridor o sibilancia
  - Aleteo nasal
  - Tiraje subcostal grave
• Fontanela abombada
• Enrojecimiento del ombligo que se extiende a la piel
• Fiebre: temperatura axilar ≥37.5 °C
• Hipotermia: temperatura axilar <35.5 °C o muy frio al tacto
• Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas)
• Cianosis generalizada o palidez severa
• Distensión abdominal
• Manifestaciones de sangrado equimosis, petequias, hemorragia
• Peso menor de 2000 g
• Secreción ocular CON hinchazón de la piel.
• Anomalía congénita mayor
	Enfermedad muy grave	➢ Dar la primera dosis IM de los antibióticos recomendados, (p. 61)
		➢ Administrar oxígeno si hay dificultad respiratoria o cianosis generalizada (p. 48)
		➢ Dar paracetamol por fiebre > 38.5º C (p.62)
		➢ **Referir *URGENTE* al hospital, según las normas de estabilización y transporte "REFIERA" (p.60)**

Uno de los siguientes signos: • Secreción purulenta conjuntival sin hinchazón de la piel. • Ombligo eritematoso o con secreción purulenta sin extenderse a la piel • Pústulas en la piel (pocas o localizadas) • Placas blanquecinas en la boca	**Infección local**	➢ En caso de infección de ombligo o piel dar un **antibiótico oral** por 5 días (p.62) ➢ En caso de placas blanquecinas en la boca administrar nistatina (p.62) ➢ En caso de conjuntivitis dar antibiótico oftálmico (p.62) ➢ Enseñar a la madre a curar las infecciones locales en la casa (p. 62) ➢ Aconsejar a la madre para que siga dándole lactancia materna exclusiva ➢ Enseñar a la madre a reconocer signos de alarma.(p. 63) ➢ Hacer el seguimiento 2 días después (p. 64)
• Ninguno de los signos anteriores	**No tiene enfermedad grave, o infección local**	➢ Aconsejar a la madre para que siga dándole lactancia materna exclusiva. (p. 53) ➢ Enseñar a la madre a reconocer signos de alarma para regresar de inmediato al establecimiento de salud (p. 63) ➢ Explicar a la madre cuando debe regresar a consulta (p. 63)

Para toda niña o niño debe promoverse la inscripción en el Registro Civil

2. Si la mamá, cuidador(a) o el personal de salud observan presencia de ictericia, proceder de la siguiente manera

Preguntar	Observar, determinar
• ¿Desde cuándo la recién nacida o recién nacido está amarilla/o (ictérico)?	• Observar los ojos y la piel. - ¿Están amarillos? • Observar la palma de las manos y las plantas de los pies. - ¿Están amarillos?

CLASIFICAR

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Uno de los siguientes signos: • Cualquier ictericia en la 24 primeras horas de nacido ó • Ictericia en las palmas y plantas a cualquier edad	**Ictericia grave**	➢ **Referir URGENTEMENTE al hospital, según las normas de estabilización y transporte** (p.60)
Los dos siguientes: • Ictericia iniciando después de las 24 horas de nacido Y • Ausencia de ictericia en la palmas y las plantas	**Ictericia**	➢ Indicar a la madre que debe continuar dando lactancia exclusiva y a demanda ➢ Si la o el lactante es mayor de 14 días, referir al hospital para evaluación ➢ Indicar a la madre sobre cuidados de la o el RN en el hogar (p. 54) ➢ Indicar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato (p. 63) ➢ Recomendar que vuelva a visita de seguimiento 1 día después (p. 64)

3. ¿Tiene la niña o niño diarrea?

Si la respuesta es afirmativa,

Preguntar:	Observar
• ¿Desde hace cuántos días? - ¿Hace 7 días o más? • ¿Hay sangre en las heces?	• Determinar el estado general del niño/a • Movimientos de la niña o niño: - ¿La niña o niño se mueve sola/o? - ¿La niña o niño se mueve sola/o cuando se lo estimula, pero no se mueve después? - ¿La niña o niño no se mueve del todo? • ¿La niña o niño está inquieta/o e irritable? • ¿Tiene los ojos hundidos?
	Determinar
	• Signo del pliegue cutáneo: ¿La piel vuelve al estado anterior - Muy lentamente (más de 2 segundos)? - Lentamente (2 segundos o menos)?

Clasificar la diarrea

	Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Evaluar Deshidratación	**Dos de los signos siguientes:** • Se mueve sólo con estimulo o no se mueve del todo • Inquieto o irritable • Ojos hundidos. • Signo del pliegue cutáneo	**Deshidratación**	➢ Dar líquidos para la deshidratación, iniciar PLAN B o C según corresponda (p. 25,26) ➢ Aconsejar a la madre que continúe dando el seno si es posible. ➢ **Referir URGENTE al hospital** según las normas ¨REFIERA¨de estabilización y transporte (p.60)
	No hay signos suficientes para clasificar como deshidratación	**No tiene deshidratación**	➢ Seguir dando el pecho como parte del plan A de tratamiento de la diarrea en la casa (p. 25). ➢ Indicar a la madre o cuidadores los signos de alarma para regresar de inmediato al establecimiento de salud. (p. 63) ➢ Si la diarrea continúa, hacer una consulta de seguimiento 2 días después del inicio de la diarrea (p. 64).
Tiene diarrea desde hace 7 días o más	• ¿Tiene diarrea hace 7 días o más?	**Diarrea prolongada**	➢ Tratar la deshidratación antes de referir a la niña o niño según plan B o C (p. 26) ➢ Referir al hospital según normas de estabilización y transporte (p. 60) administrando al niño sorbos frecuentes de suero oral. ➢ Recomendar a la madre que continúe dándole el seno
Tiene sangre en las heces	• ¿Tiene sangre en las heces?	**Diarrea con sangre**	➢ **Referir URGENTE al hospital** de acuerdo a normas de estabilización y transporte (p. 60) ➢ Recomendar a la madre que continúe dándole el seno si es posible. ➢ Administrar una dosis de vitamina K intramuscular si la niña o niño no recibió profiláxis al nacer. ➢ Administrar la primera dosis de antibióticos recomendados (p. 61)

Para toda niña o niño debe promoverse la inscripción en el Registro Civil

4. Determinar si la niña o niño tiene problemas de alimentación o bajo peso

Preguntar

- ¿Recibe seno materno?
  Si la respuesta es afirmativa:
  - ¿Cuántas veces en 24 horas?
  - ¿Tiene alguna dificultad para lactar?
- ¿Recibe otros alimentos, leche de vaca u otros líquidos?
  Si la respuesta es afirmativa:
  - ¿Qué alimentos o líquidos le da?
  - ¿Con qué frecuencia?
  - ¿Con qué utensilios le da los otros alimentos o líquidos (cucharita, tasa, biberón?
- ¿Recibe biberón?

Observar, determinar

- Verificar si hay emaciación visible
- Determinar el peso
- Peso/edad en la curva, según el sexo de la niña/o Niña p.75, niño p. 82
- Observar si tiene úlceras o placas blanquecinas en la boca (moniliasis oral)
- Evaluar el amamantamiento (posición y agarre)

CLASIFICAR

Evaluar el amamantamiento si la recién nacida o recién nacido:

- No necesita ser referido/a urgentemente al hospital
- Está siendo amamantado/a menos de 8 veces en 24 horas
- Está recibiendo cualquier otro líquido, o
- Pesa entre 2.000 a 2.500 g:

- Si la recién nacida o recién nacido NO recibió lactancia durante la última hora, pedir a la madre que le dé el seno.
  - Observar el amamantamiento durante 4 minutos
- Si la recién nacida o recién nacido recibió lactancia durante la última hora
  - Preguntar a la madre si puede esperar y pedirle que avise cuando la recién nacida o recién nacido quiera tomar el seno otra vez.
- Verificar si tiene la nariz obstruida, ya que puede dificultar el amamantamiento
- ¿La o el RN es amamantado en buena posición y tiene buen agarre?
- ¿La recién nacida o recién nacido mama bien, con succión lenta, profunda y con pausas ocasionales?
- Verificar el amamantamiento siguiendo recomendaciones p. 53

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Una de las características siguientes: • Peso/edad < - 3 DE (peso muy bajo para la edad según el sexo, o desnutrición global severa). • No hay agarre • No succiona nada • Peso menor de 2000 g • Perdida mayor de 10% del peso en la primera semana • Tendencia de crecimiento del peso descendiente después de los 7 días de edad • Emaciación visible	**Problema grave de alimentación o peso bajo severo**	➢ Dar primera dosis de antibióticos recomendados (p. 61) ➢ **Referir URGENTE** al hospital según normas de estabilización y transporte ¨**REFIERA**¨ (p. 60) ➢ Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho
Uno de las características siguientes: • Peso /edad ≥ -3 DE y < -2 DE, según el sexo • Tendencia de crecimiento del peso horizontal • No tiene buen agarre • No succiona bien • Se alimenta al pecho menos de 8 veces en 24 horas. • Recibe otros alimentos o bebidas • Tiene moniliasis oral (úlceras o placas blancas en la boca) • No recibe seno materno • Recibe biberón • Recibe fórmula	**Problemas de alimentación o peso bajo**	➢ Enseñar a la madre los cuidados de la niña o niño en el hogar (p. 54) ➢ Promover la lactancia materna exclusiva (p.53) ➢ Recomendar a la madre que le dé el pecho las veces que la niña o niño quiera (por lo menos 8 veces en 24 horas) ➢ Si la niña o niño no agarra bien o no mama bien, enseñar a la madre la posición y el agarre correctos (p. 53) ➢ Si está recibiendo otros alimentos o líquidos, recomendar lactancia exclusiva: orientar a la madre que le dé el seno más veces, reduciendo los otros alimentos o líquidos hasta eliminarlos. ➢ Si tiene moniliasis oral, enseñar a la madre a tratarla en casa (p.62) ➢ Orientar a la madre para que evite el uso de biberón ➢ Hacer el seguimiento para cualquier problema de alimentación o para moniliasis 2 días después (p. 64) ➢ Si la niña o niño nació prematuro o con bajo peso y es mayor de 1 mes dar suplementos de hierro (p.55) ➢ Control de peso cada 14 días ➢ Si no mejora en 2 controles, referir al Establecimiento de Salud con mayor capacidad resolutiva ➢ Indicar cuándo volver de inmediato (p. 63)
Una de la características siguientes • Peso/edad cae ≥ -2, según el sexo • No hay ningún problema de crecimiento • Tendencia de crecimiento en ascenso	**No tiene problema de alimentación o peso bajo**	➢ Enseñar a la madre los cuidados de la niña o niño en el hogar (p. 54) ➢ Felicitar a la madre porque lo alimenta bien. ➢ Dar orientación y promoción sobre lactancia materna (p.53) ➢ Si la niña o niño nació prematuro o con bajo peso y es mayor de 1 mes dar suplementos de hierro (p.55) ➢ Indicar a la madre cuándo volver de inmediato (p. 63) ➢ Indicar que vuelva a visita de seguimiento en 14 días ➢ Orientar sobre controles para la atención integral (p.63)

La recién nacida o recién nacido con bajo peso requiere una atención muy cuidadosa y una vigilancia estrecha, es recomendable que los controles sean realizados con mayor frecuencia (p. 63) y, si es necesario, debe ser visitado en su hogar

5. Verificar si recibió BCG y HB*

- Si no recibió BCG aplicarle (excepto si el RN pesa menos de 2000 g)
- HB: solo se aplica la vacuna contra hepatitis B (HB) si no se aplicó al nacer y si la niña o niño tiene menos de 24 horas de nacida/o.

6. Enseguida determinar si tiene otros problemas y 7) evaluar maltrato (p.15)

8. Determinar si la niña o niño tiene problemas de desarrollo psicomotor

Preguntar (para identificar factores de riesgo)

- Problemas durante el embarazo parto o nacimiento de la niña o del niño.
- Prematuridad
- Peso al nacer < 2.500 g
- Ictericia grave
- Hospitalización en el periodo neonatal
- Enfermedades graves como meningitis, traumatismo de cráneo o convulsiones
- Parentesco entre los padres
- Deficiencia mental u otro problema mental en la familia
- Factores de riesgo ambiental ej. violencia familiar, depresión materna, drogas o alcoholismo, tabaquismo, sospecha de abuso sexual, abuso físico.

Observar y explorar

1. Perímetro cefálico (PC) Medir y estimar si es < -2DE o > +2DE, según la curva de PC de acuerdo al sexo (Niña p. 72, niño p.79)

2. ¿Alteraciones fenotípicas?

- Hendidura palpebral oblicua
- Epicanto
- Hipertelorismo
- Implantación baja de las orejas
- Labio hendido
- Hendidura palatina
- Cuello corto o largo
- Pliegue palmar único
- 5to dedo de la mano curvo

3. Hitos del desarrollo del grupo de edad de la niña o niño.

0-1 mes

- ¿Reflejo de Moro?
- ¿Reflejo cócleo-palpebral?
- ¿Reflejo de succión?
- ¿Boca arriba: brazos y piernas flexionados, o cabeza lateralizada?
- ¿Manos cerradas?

1-2 meses

- ¿Cuando no está llorando, emite sonidos (como A, O.)?
- ¿Mueve las piernas alternadamente (patalea)?
- ¿Cuando conversa sobre él sonríe?
- ¿Cuando esta acosta, abre las manos?

4. En ausencia de uno o más de estos hitos (para niña o niño de 1 a 2 meses), evaluar presencia de hitos del grupo de edad anterior al grupo de edad de la niña o niño.

CLASIFICAR

Evaluar	Clasificar	Decidir y tratar
Uno o más de los características siguientes: • Perímetro cefálico < -2 DE o > +2 DE para la edad • Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas • Niña o niño <1 mes: ausencia de uno o más hitos de su grupo de edad • Niña o niño de 1 a 2 meses: ausencia de uno o más hitos del grupo de edad anterior	**Probable retraso del desarrollo psicomotor**	➢ **REFERIR para una evaluación especializada.** ➢ **Orientar la madre que continúe lactancia materna exclusiva.**
• Ausencia de uno o más hitos de desarrollo de su grupo de edad en la niña o niño de 1 a 2 meses de edad.	**Alerta para el desarrollo psicomotor**	➢ Aconsejar a la madre sobre la estimulación de su hija o hijo de acuerdo a su edad (p. 39). ➢ Hacer una consulta de seguimiento a los 15 días en el establecimiento de salud. ➢ Indicar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato.(p. 63)
• Presencia de los hitos del desarrollo de su grupo de edad Y • Existe uno o más factores de riesgo	**Desarrollo psicomotor normal con factores de riesgo**	
• Reflejos /posturas /habilidades presentes para su grupo de edad; o Y • No existen factores de riesgo	**Desarrollo psicomotor normal**	➢ Felicitar a la madre ➢ Aconsejar a la madre para que continúe estimulando a su hija o hijo de acuerdo a su edad (p. 39) ➢ Hacer seguimiento en cada consulta de control. ➢ Indicar a la madre los signos de alarma para volver de inmediato (p. 63)

NOTA: Considerar la edad cronológica y la edad corregida. En niñas o niños prematuras(os) se debe restar a la edad cronológica las semanas de gestación que no completó (gestación completa 40 semanas). Esta edad corregida debe considerarse hasta los 12 meses de edad, al realizar la evaluación del desarrollo y el crecimiento.

Para toda niña o niño debe promoverse la inscripción en el Registro Civil

Normas de estabilización y transporte para la referencia

R

R: RESPIRACIÓN = OXÍGENO

a)Recién nacida/o: Aspiración de secreciones (primero boca y luego nariz) y posición adecuada
b)Si la clasificación lo recomienda, dar oxígeno a flujo libre por catéter nasal (en el recién nacido no más de 0,5 L/min).

E

E: ESTABILIDAD HEMODINÁMICA

a)Toda niña o niño con signos de hipovolemia y baja perfusión (Llenado capilar >2 segundos, palidez o moteado de piel y taquicardia >180), debe estabilizarse antes de referir con cargas rápidas de Lactato Ringer o Solución Salina al 0.9%, 10-20 mL/kg.
b)Realizar maniobras de reanimación neonatal en caso de paro respiratorio o cardiaco

F

F: FRÍO = EVITAR HIPOTERMIA ***(Evitar el contacto directo con boldad de agua caliente o fuentes de calor)***

a)Envolver a la recién nacida o recién nacido con paños limpios, tibios y secos, incluyendo la cabeza (colocar gorrito)
b)Ponerle en contacto con la madre, piel a piel (Técnica canguro)
c)Según disponibilidad, utilizar cualquier fuente de calor: cuna radiante, caja de transporte, incubadora, u otros (según disponibilidad)
Recuerde que la hipotermia es mortal para los neonatos.

I

I: INFORMACIÓN A PADRES Y CUIDADORES

Informar la necesidad de referencia, explicar a los padres y cuidadores, escuchar sus temores, resolver sus dudad y ayudarles a solucionar sus problemas

E

E: ENERGÍA = GLUCOSA

En la niña desnutrida o niño desnutrido grave, lactante menor y especialmente en la recién nacida o el recién nacido es vital prevenir la hipoglucemia. Administrar:
a)Leche materna, Dextrosa al 5% o agua azucarada por vía oral o sonda orogástrica, 20-50 mL (10 mL/kg), administrados lentamente.
Como emergencia, se puede colocar media cucharadita (2.5 g) de azúcar corriente, humedecida, debajo de la lengua del recién nacido, para absorción sublingual.
b)Si existe personal capacitado para canalizar vía perférica: Solución intravenosa con dextrosa a; 10%, 100 mL (segun disponibilidad), a 12 microgotas/minuto.

NOTA: Para preparar agua azucarada, emplear cuatro cucharaditas de azúcar al ras (20 g) en una taza de 200 mL **de agua limpia**

R

R: REGISTRO Y MONITORIZACIÓN

Controlar FC, FR, llenado capilar, signos de dificultad respiratoria, signos de deshidratación cada 15 minutos y cuantificar diuresis horaria.

A

A: ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS Y MEDICAMENTOS

Administrar antibiótico, broncodilatadores, quinina, paracetamol y todo tratamiento necesario antes y durante la referencia.

Líquidos de base así: <10 kg = 100 mL/kg/día, de 10 a 20 kg = 1000 mL + (50mL/kg por cada kilo mayor de 10 kg), > 20 kg = 1500 mL + (20mL/kg por cada Kg > 20 kg)

Otros cuidados importantes Si la recién nacida o recién nacido presenta:

a) Distensión abdominal: colocarle una sonda orogástrica nueva y dejarla abierta
b) Dificultad respiratoria: transportar al RN con catéter nasal y oxígeno si es posible
c) Malformación con exposición de vísceras: envolverlas con compresas con solución salina tibia o plástico
d) Fractura o trauma: inmovilizar el área afectada

Durante el transporte, la niña o niño debe estar acompañado por personal de salud capacitado en reanimación y si es posible en ambulancia equipada

Tratar a la recién nacida o recién nacido y menores de 2 meses

➢ **Dar la primera dosis de antibióticos por vía intramuscular en el tercio externo superior del muslo, o IV antes de la referencia urgente al hospital ***

En caso de:

- **CONDICIÓN GRAVE AL NACER (si ruptura prematura de membrana o prematuro),** p.49
- **ENFERMEDAD MUY GRAVE,** p. 56
- **SANGRE EN HECES o DIARREA CON SANGRE**, p. 57
- **PROBLEMA GRAVE DE ALIMENTACIÓN o PESO MUY BAJO POR LA EDAD,** p. 58

Peso	AMPICILINA	GENTAMICINA		
	Dosis: 50 mg/kg Vial de 500 mg y1000 mg	**Ampolla con 10 mg/mL:** (ampolla de 2 mL con 20 mg) no diluir **Ampolla con otras concentraciones:** diluir con agua estéril para obtener concentración de 10 mg/mL *Ej: añadir 6 mL de agua estéril a una ampolla de 2 mL con 80 mg de gentamicina para obtener 8 mL a 10 mg/mL*		
	Mg	**Niña o niño a término en la primera semana de vida Dosis:5 mg/kg**	**Niña o niño prematuro en la primera semana de vida 4 mg/kg**	**Niña o niño después de la primera semana de vida 7.5 mg/kg**
1 - 1.4 Kg	50-75 mg	0.5 mL	0.4 mL	0.9 mL
1.5 - 1.9 kg	75-100 mg	0.7 mL	0.6 mL	1.3 mL
2 - 2.4 kg	100-125 mg	0.9 mL	0.7 mL	1.7 mL
2.5 - 2.9 kg	125-150 mg	1.4 mL	1.1 mL	2.0 mL
3 - 3.4 Kg	150-175 mg	1.6 mL	1.3 mL	2.4 mL
3.5 - 3.9 kg	175-200 mg	1.9 mL	1.5 mL	2.8 mL
4 - 4.4 kg	200-250 mg	2.1 mL	1.7 mL	3.2 mL

* La referencia es la mejor opción para una niña o niño menor de 2 meses con ENFERMEDAD MUY GRAVE.
Si no es posible referir inmediatamente al RN, dar ampicilina más gentamicina por un mínimo de 5 días.
Ampicilina cada 12 horas en la niña o niño menor de 7 días, cada 8 horas en el niño mayor de 7 días. Gentamicina una sola dosis por día.

Tratar a neonatos y menores de 2 meses y aconsejar a los padres o cuidadores

Enseñar a la madre y cuidadores a tratar las infecciones localizadas

- Explicarle a la madre o persona cuidadora cómo se administra el tratamiento.
- Observarla mientras administra el primer tratamiento en el servicio de salud.
- Orientarla para que administre el tratamiento adecuadamente.
- La madre o cuidador/a debe volver inmediatamente al Establecimiento de Salud si la infección empeora.

Para tratar pústulas de la piel o infecciones de ombligo. *La madre o persona cuidadora debe:*	**Para tratar las infecciones de los ojos** *La madre o persona cuidadora debe:*	**Para tratar candidiasis oral** (úlceras o placas blancas en la boca). *La madre o persona cuidadora debe:*
• Administrar **el antibiótico oral** indicado y hacer la limpieza **de la zona así:** - Lavarse las manos antes y después de atender a la recién nacida/o - Lavar suavemente con agua y jabón para sacar la pus y las costras - Secar la zona con toalla o paños limpios - No cubrir con faja	• Lavarse las manos antes y después de atender la niña o niño. • Limpiar los ojos de la niña o niño con un paño limpio 3 veces al día. • Abrir hacia abajo el párpado inferior de la niña o niño para aplicar antibiótico oftálmico. • Repetir en el otro ojo el mismo procedimiento • Seguir aplicando el antibiótico oftálmico en ungüento 2 o 3 veces al día por 7 días. Si utiliza una solución oftálmica aplicar 1 o 2 gotas, 4 veces al día o según recomendación del fabricante.	• Lavarse las manos antes y después de atender a la recién nacida o recién nacido. • Lavar la boca de la niña o niño con un paño suave enrollado en un dedo y humedecido con agua y sal • Aplicar **nistatina** en la boca de la niña o niño, 4 veces al día por 5 a 7 días (ver dosis en el recuadro más abajo) • Suspender el uso de chupones y de otros objetos parecidos

PARACETAMOL (acetaminofén)

Para fiebre alta (> 38.5 °C)
Dosis: 10-15 mg/kg/dosis, cada 8 horas
Máx.60 mg/kg/día

Peso	**mg/dosis**	**Gotas 100 mg/mL** 5 mg/gota
2 kg	20-30 mg	4-6 gotas
3 kg	30-45 mg	6-9 gotas
4 kg	40-60 mg	8-12 gotas
5 kg	50-75 mg	10-15 gotas
6 kg	60-90 mg	12-18 gotas

- Evitar el uso de supositorios por no poderse calcular la dosis en recién nacidas/os

NISTATINA

Para candidiasis
Frecuencia y duración:
cada 6 horas por 5 a 7 días

Peso	**mL** 100000 Unidades/ mL
2 kg	1 mL (20 gotas)
3 kg	
4 kg	2mL (40 gotas)
5 kg	
6 kg	

- Agitar bien el frasco antes de aplicar la nistatina en la boca de la niña(o)
- No debe mezclarse con la fórmula

CEFALEXINA

Para infección local en ombligo o piel
Dosis: 50 mg/kg/día
Dividida en 2 dosis por día durante 5 días

Peso	**Dosis** en mg	**Dosis** Suspensión 250 mg/5 mL
2 kg	50 mg	1 mL cada 12 horas
3 kg	75 mg	1.5 mL cada 12 horas
4 kg	100 mg	2 mL cada 12 horas
5 kg	125 mg	2.5 mL cada 12 horas
6 kg	150 mg	3 mL

DICLOXACILINA

Alternativa a la cefalexina
para infección local de ombligo o piel
Dosis: 25 mg/kg/día
Dividida en 3 dosis por día por 5 días

Peso	**Dosis a dar cada 8 horas**	
	125 mg/5mL	250 mg/5 mL
2-3 kg	1 mL	0.5 mL
4-6 kg	2 mL	1 mL

Aconsejar a la madre y acompañantes sobre cuándo debe volver

Consulta de reevaluación y seguimiento

Si la niña o niño tiene	Volver para una consulta de seguimiento en:
• Condición de cuidado al nacer	**En los siguientes 3 días**
• Ictericia no grave	**1 día**
• Infección bacteriana local • Diarrea • Problema de alimentación • Candidiasis oral	**2 días**
• Condición buena al nacer	**3 días**
• Bajo peso (menor de 1 mes)	**2 días** luego controles frecuentes, al menos una vez a la semana durante el primer mes
• Problemas de alimentación O bajo peso (mayor de 1 mes)	**7 días**
• Problema de desarrollo	**30 días**

Cuando debe regresar de inmediato
Signos de alarma

Recomendar a la madre o cuidador que regrese de inmediato al establecimiento de salud si la niña o niño presenta cualquiera de los signos de alarma siguientes:

- Empeora
- No respira bien o respira rápido
- Esta débil, no reacciona
- Esta morado o pálido
- Está frio o con fiebre
- Esta tieso o con ataques (convulsiones)
- No se ve bien
- Tiene el ombligo rojo o con pus
- No lacta bien
- Las plantas o palmas se ven amarrillas.

Cronograma de control para consulta integral a niñas y niños menores de 2 años

Edad de la niña o niño	Número de controles
Recién nacida o recién nacido dado de alta del establecimiento de salud antes de las 48 horas o con riesgo social.	Un primer control a las 48 horas de nacido (para controlar desarrollo y verificar vacunas) Un segundo entre el tercer y quinto día para realizar el tamizaje metabólico y auditivo Un tercer control entre los 6 a 10 días de nacido
Recién nacida o recién nacido dado de alta del establecimiento de salud después de las 48 horas	Un control entre el tercer y quinto día de vida
1-12 meses	1 control cada mes durante los primeros 8 meses y luego cada 2 meses hasta los 12 meses de edad. Cada mes durante todo el primer año en el caso de niñas o niños con riesgo bio-psico-social.

Para toda niña o niño debe promoverse la inscripción en el Registro Civil

Atención de seguimiento y reevaluación del neonato y menor de 2 meses

Infección bacteriana local

Después de 2 días:

- Examinar el *ombligo:*
  ¿Está enrojecido o presenta supuración?
  ¿El enrojecimiento se extiende a la piel?

- Examinar *las pústulas de la piel:*
  ¿Son muchas y extensas?

- Examinar *los ojos:*
  ¿Presenta secreción o hinchazón de los párpados?

Decidir y tratar:

- Si la pus o el enrojecimiento *del ombligo* **han empeorado**, o se mantiene igual, referir URGENTE al hospital, según normas de estabilización y transporte.
- Si la pus o el enrojecimiento *del ombligo* han mejorado, aconsejar a la madre que continúe dándole el antibiótico hasta completar 5 días de tratamiento y que continúe tratando la infección local en casa.
- Si las *pústulas de la piel* **han empeorado** o se mantienen igual, referir URGENTE al hospital, según normas de estabilización y transporte (p.60).
- Si a la *secreción ocular* se agrega hinchazón de los párpados o si no hay mejoría, referir al hospital.
- Si la *secreción ocular* ha disminuido, recomendar a la madre que continúe tratamiento en casa hasta completar 5 días.

Problemas de alimentación o bajo peso

Después de 2 días

- Reevaluar el amamantamiento (p.58)
  - La posición y agarre ¿son correctos?
  - ¿Está lactando 8 veces o más en 24 horas?
  - Si tenía lesiones de moniliasis oral ¿Las lesiones han desaparecido?
  - Preguntar sobre cualquier problema de alimentación detectado en la primera consulta.
- Pesar al niño
- Si los problemas de lactancia se han corregido:
  - Citar para control en 7 días, para verificar la evolución del peso
  - Si persisten los problemas de lactancia, orientar nuevamente y citar para control en 7 días
  - Si el Peso para la edad, tomado a los 15 días está POR DEBAJO de la curva -2 de acuerdo al sexo, REFERIR al hospital
  - Si se piensa que la alimentación no va a mejorar o si el niño menor de 2 meses ha bajado de peso, referirlo al hospital.

Moniliasis oral

Después de 2 días:

- Verificar si la niña o niño tiene úlceras o placas blancas en la boca.
- Examinar los pezones de la madre para ver si hay grietas, dolor o cambios de color.
- Reevaluar la alimentación de la niña o niño (p. 58)

Decidir y tratar:

- Si la moniliasis **ha empeorado** o **está igual** o si la niña o niño tiene problemas con el **agarre o la succión**, REFERIR al hospital.
- Si la moniliasis **ha mejorado** y si la niña o niño se está alimentando bien, continuar con nistatina hasta terminar los 5 días de tratamiento.
- Aconsejar a la madre sobre cómo cuidar sus pezones.

Diarrea

Después de 2 días:

Examine a la niña o niño. ¿Está tranquila/o o irritable? ¿Bebe mal o no puede beber?
¿Tiene los ojos hundidos? ¿El pliegue cutáneo regresa lenta o muy lentamente?
¿Tiene sangre en las heces? Determinar el grado de hidratación.

Decidir y tratar

- Si la niña o niño está deshidratada/o, ver posibilidades de hidratar y referirla/lo URGENTE al hospital.
- Si el **número de evacuaciones** sigue igual o ha empeorado, si hay **problemas de alimentación** o tiene algún **signo general de peligro** (p.56), referir URGENTE al hospital.
- Si tiene fiebre o sangre en los heces, darle la primera dosis de los dos antibióticos recomendados por vía intramuscular (p. 61) antes de referir.

Ictericia

Después de 1 día

- Observar color de la piel y en particular si las plantas y palmas están amarillas

Decidir y tratar:

- Si las plantas y palmas están amarillas, REFERIR al hospital.
- Si las plantas y palmas no están amarillas pero la ictericia no disminuyó, recomendar a la madre que cuide a la niña o niño en casa y regrese para control en 1 día.
- Si la ictericia ha disminuido, tranquilizar a la madre y pedirle que regrese cuando la recién nacida o recién nacido cumpla las 2 semanas de edad (a menos que le corresponda un examen de tamizaje antes de este plazo). Si la ictericia continúa REFERIR al hospital para evaluación.
- Si la ictericia ha desaparecido, recomendar a la madre que regrese a su consulta de atención integral según cronograma (p. 63)

Atención de seguimiento y reevaluación del neonato y menor de 2 meses

➢ Problemas que causan discapacidad

Durante cualquier consulta de seguimiento considerar los siguientes riesgos, para su referencia y tratamiento especializado:

Riesgo neurológico

- RN con peso <1.500 g o EG< 32 semanas
- RN con ventilación mecánica más de 24 horas
- Hiperbilirrubinemia >20 mg o exanguinotranfusión
- Convulsiones
- Sepsis, meningitis o encefalitis
- Anomalías en el examen neurológico (tono, reflejos, asimetrías, succión)
- Hemorragia o daño cerebral (ECO, TAC)
- Malformaciones del Sistema Nervioso Central
- Hipotiroidismo, fenilcetonuria y otras enfermedades metabólicas
- Síndromes cromosómicos y dismórficos
- Enfermedad mental y/o drogadicción materna
- Antecedentes familiares de patología neurológica

Riesgo sensorial

- ***Visual***
  - Asfixia severa
  - Administración prolongada de oxígeno
  - Prematuridad extrema (< 28 semanas)
  - Hidrocefalia u otra patología craneal (ECO, TAC)
  - Infección congénita del sistema nervioso central
  - Síndromes malformativos con compromiso visual
- ***Auditivo***
  - Asfixia severa
  - Hiperbilirrubinemia > 20 mg /100 mL)
  - Prematuridad extrema (< 28 semanas)
  - Infección congénita del sistema nervioso central.
  - Síndromes malformativos con compromiso auditivo
  - Antecedentes familiares de sordera
  - Administración de aminoglucósidos

Ofrecer servicios de atención y aconsejar a la madre sobre su propia salud

- Si la madre está enferma, administrarle tratamiento o referirla
- Si se identifican riesgos de salud en la madre, dar consejería
- Si tiene algún problema de las mamas (como congestión, pezones adoloridos, infección) administrar tratamiento o referirla a un centro especializado
- Recomendarle que coma de todos los alimentos disponibles en su casa y beba suficiente líquido para mantenerse sana y fuerte
- Dar consejería sobre planificación familiar, citología vaginal, exploración de mamas y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Dar consejos sobre higiene, autocuidado y autoestima
- Determinar los antecedentes de vacunación de la madre y si es necesario aplicar dT
- Hacer control puerperal en la primera semana.
  Administrar hierro y acido fólico durante los 3 primeros meses de lactancia según recomendación del Ministerio de Salud Pública (MSP)

Para toda niña o niño debe promoverse la inscripción en el Registro Civil

Abreviaturas, símbolos y signos

ATLU	Alimento terapéutico listo para uso
BCG	Vacuna contra la Tuberculosis
DE	Desviación estándar
ECO	Ecografía
EG	Edad gestacional
FC	Frecuencia cardiaca
FR	Frecuencia respiratoria
DPT	Vacuna contra difteria, tosferina (Pertussis) y tétanos
GPC	Guía de práctica clínica
Hb	Hemoglobina
HB	Vacuna contra Hepatitis B
Hib	Vacuna contra Haemophilus Influenzae Tipo B
Htc	Hematocrito
IDR	Ingesta diaria recomendada de cada nutriente.
IPV	Vacuna contra la Poliomielitis (inyectada)
IM	Intramuscular
IV	Intravenoso
Kg	Kilogramos
mg	Miligramos
mL	Mililitros
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPV	Vacuna contra la Poliomielitis (oral)
PA	Presión arterial
PC	Perímetro cefálico
RN	Recién nacida o nacido
RPM	Ruptura prematura de membranas
SRP	Vacuna contra sarampión, rubeola y parotiditis
SRO	Sales de Rehidratación Oral
UI	Unidades Internacionales
STAT	De manera inmediata
TAC	Tomografía axial computarizada
VO	Vía oral
%	Porcentaje
≤	Menor o igual a
<	Menor a
≥	Mayor o igual a
>	Mayor a

Bibliografía utilizada para esta actualización 2017

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Normas de Atención Integral a la Niñez, Ecuador 2011
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Cuadros de procedimiento AIEPI clínico , Ecuador, 2005
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica, Quito, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2015
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de procedimientos del subsistema alerta acción SIVE – ALERTA. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Quito 2014.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ruptura prematura de membranas pretérmino. Guía de Práctica Clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización –MSP; 2015.
6. WHO, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, World Health Organization, 3d edition, 2015
7. Guía de intervenciones basada en evidencias que reducen morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal USAID 2014 Managua Nicaragua.
8. Integrated Management of Childhood Illness, IMCI adaptation guide, OMS-UNICEF, 2002
9. WHO, Recommendations for management of common childhood conditions Newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery common causes of fever, severe acute malnutrition and supporti ve care 2012
   evidence for technical update f pocket book recommendations, World Health Organization, 2012
10. WHO, Guideline: Managing possible serious bacterial infection in young infants when referral is not feasible, World Health Organization, 2015.
11. WHO, Technical updates of the guidelines on the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Geneva, World Health Organization, 2005
12. WHO, Integrated Management of Childhood Illness, Chart booklet, World Health Organization, March 2014
13. National Collaborating Centre for Women's and Children's, Bronchiolitis in children: diagnosis and management, NICE guideline No 9, 2015
14. FriedmanJ et al, Bronchiolitis: Recommendations for diagnosis, monitoring and management of children one to 24 months of age, Canadian Paediatric Society, Paediatr Child Health 2014;19(9):485-91
15. Plint A, BOTTOM LINE RECOMMENDATIONS: Bronquiolitis, TREKK Network, 2014
16. Piedra P, Stark A, Bronchiolitis in infants and children: Treatment; outcome; and prevention, UPTODATE, 2016
17. Ralston SL et al, American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. Pediatrics. 2014 Nov;134(5):e1474-502
18. Pocket Guide for Asthma Management and Prevention for Children 5 Year and Younger, A guide for health Care Professionals, GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA, Updated 2015
19. Chan Y, Machet P, Acute croup in children, South Australian Paediatric Clinical Guidelines Reference Committee. South Australian Child Health Clinical Network, 2013
20. Johnson D, BOTTOM LINE RECOMMENDATIONS: Croup, TREKK Network, 2014
21. Toward Optimized Practice (TOP) Working Group for Croup. 2008 January. Diagnosis and management of croup. Edmonton, AB: Toward Optimized Practice. Updated 2015
22. Woods Charles, Croup: Pharmacologic and supportive interventions, UPTODATE 2016.
23. Bjornson C, Johnson D, Croup in children, Canadian Medical Association Journal, Oct. 15 , 2013, 185(15)
24. WHO, Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities EVIDENCE SUMMARIES, World Health Organization, 2014.
25. Haider BA, Saeed MA, Bhutta ZA. Short-course versus long-course antibiotic therapy for non-severe community-acquired pneumonia in children aged 2 months to 59 months. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008
26. Gavin B Grant, Harry Campbell, Scott F Dowell, Stephen M Graham, Keith P Klugman, E Kim Mulholland, Mark Steinho , Martin W Weber, Recommendations for treatment of childhood non-severe pneumonia. Lancet
    Infectious Diseases. 2009; 9:185–196.
27. Hazir T et al. Clinical efficacy of 3 days versus 5 days of oral amoxicillin for treatment of childhood pneumonia: a multicentre double-blind trial. Lancet. 2002; 360:835–41.
28. Agarwal G et al. Three day versus five day treatment with amoxicillin for non-severe pneumonia in young children: a multicentre randomised controlled trial. British Medical Journal. 2004; 328:791.
29. Hazir T et al. Ambulatory short-course high-dose oral amoxicillin for treatment of severe pneumonia in children: a randomised equivalency trial. Lancet. 2008; 371:49–56.
30. Addo-Yobo E et al. Outpatient treatment of children with severe pneumonia with oral amoxicillin in four countries: the MASS study. Tropical Medicine and International Health. 2011;16:995–1006.
31. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6.
32. Dutch College of General Practitioners , Acute Otitis Media in Children, NHG GUIDELINES, updated 2013

33. Forgie S, Zhanel G, Robinson J; Management of acute otitis media, Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee Paediatric Child Health 2009;14(7):457-60
34. Organización Panamericana de la Salud, Tratamiento de la diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud, Washington, D.C.: OPS, 2008
35. Organización Panamericana de la Salud, Nuevas recomendaciones para el tratamiento clínico de la diarrea: Políticas y guías programáticas, Washington, D.C.: OPS, 2006
36. Lazzerini M, Ronfani L. Oral zinc for treating diarrhoea in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6.
37. Bernal C et al, Factores Asociados con la Diarrea con Sangre, un estudio de casos y controles, Revista Colombiana de Pediatría, Vol 35 Nº 1, marzo 2000
38. Muñoz O et al, Síndrome disentérico y diarrea aguda con sangre. En Torregrosa L et al, Enfermedades diarreicas en niño. 10ª ed. Interamericana, McFraww-Hill, México, 1996
39. OPS, Recomendaciones para el manejo clínico de cólera, Washington DC, 29 de octubre de 2010
40. Organización Panamericana de la Salud, DENGUE, Guías de atención para enfermos en la región de las Américas, 2010
41. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Protocolo de Atención y Manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña, Coordinación Nacional de Nutrición-MSP, 2011.
42. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Normas, Protocolos y Consejería para la Suplementación con Micronutrientes, Coordinación Nacional de Nutrición-MSP, 2011
43. Zlotkin SH, Schauer C, Christofi des A, Sharieff W, Tondeur MC, et al. (2005) Micronutrient Sprinkles to control childhood anaemia. PLoS Med 2(1): e1
44. WHO guideline: Use of multiple micronutrient powders for point-of-use fortification of foods consumed by infants and young children aged 6–23 months and children aged 2–12 years. Geneva: World Health Organization; 2016
45. WHO Guideline: Daily iron supplementation in infants and children. Geneva: World Health Organization; 2016.
46. OMS. Directriz: Administración intermitente de suplementos de hierro a niños de edad preescolar y escolar. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012
47. Mayo-Wilson E et al, Zinc supplementation for preventing mortality, morbidity, and growth failure in children aged 6 months to 12 years of age .Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 5
48. Giovannini M et al, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial Comparing Effects of Supplementation with Two Different Combinations of Micronutrients Delivered as Sprinkles on Growth, Anemia, and Iron Deficiency in Cambodian Infants, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 42:306 Y312 March 2006, Philadelphia
49. Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011
50. Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro, en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención, Perú, 2015.
51. Delgado P, Sensibilidad y especificidad del signo de palidez palmar y escala de color de hemoglobina de la OMS, Rev Horiz Med Volumen 12(1), Enero - Marzo 2012
52. WHO, Deworming in children, e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA), updated 10 January 2017
53. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida, Dirección de Normatización-MSP, 1ra edición. 2009
54. OPS, AIEPI Neonatal, manual clínico, cuadros de procedimientos. Washington DC, 2005
55. OPS, AIEPI Neonatal, intervenciones basadas en evidencia Washington DC 2da edición 2010
56. MPS/OPS, AIEPI Cuadro de procedimientos, Ministerio de la Protección Social /OPS, Bogotá D.C., Colombia: 2010.
57. MSD, AIEPI-Nut Clínico, Bases técnicas, Ministerio de Salud y Deportes, LA paz-BOLIVIA, 2009
58. Ministerio de Salud y de Deportes, ATENCIÓN INTEGRADA AL CONTINUO DEL CURSO DE LA VIDA, Mujer durante el embarazo, parto y puerperio-recién nacido/a- niño/a menor de 5 años, cuadros de procedimientos para el primer nivel de atención, Bolivia 2013
59. Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL). Lineamientos técnicos para la atención integral de niñas y niños menores de cinco años, San Salvador, 2013
60. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador - SIISE. Necesidades básicas insatisfechas (NBI). 2015
61. WHO Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. 1era ed. World Health Organization. Ginebra: World Health Organization; 2014.
62. Safety and Efficacy of Low-osmolarity ORS vs. Modified Rehydration Solution forMalnourished Children for Treatment of Children with Severe Acute Malnutrition and Diarrhea: A Randomized Controlled Trial. Kumar, Ruchika, et al. 0, s.l. : Oxford University Press, 2015, Journal of Tropical Pediatrics, pp. 1-7.
63. Nathalie Bertille, Elisabeth Fournier-Charriere, Gerard Pons, Martin Chalumeau. Managing Fever in Children: A National Survey of Parents' Knowledge and Practices in France. Managing Fever in Children: A National Survey. December 2013 | Volume 8 | Issue 12 | e83469
64. Elshout G, Kool M, Bohnen AM, Koes BW, Moll HA, Berger MY. Predicting prolonged duration of fever in children: a cohort study in primary care. The British Journal of General Practice. 2015;65(638):e578-e584.
65. Mark A Ward, MD. Fever in infants and children: Pathophysiology and management. Uptodate. Jan 05, 2017.

Anexos

Cuidados rutinarios en la recién nacida o el recién nacido

Iniciar

Limpia las vías aéreas cuando sea necesario

Secarlo con una toalla o paño limpio y tibio. Después cambiar la toalla o paño por otro seco.

Después de1 a 3 minutos (si es un recién nacido normal) cortar y ligar el cordón umbilical con un instrumento estéril

Contacto inmediato piel a piel con la madre y lactancia materna en la primera media hora

Luego

Puede colocar al bebé bajo una fuente de calor para continuar con los cuidados.

Colocar la pulsera con datos de identificación

Aplicar profilaxis oftálmica con eritromicina

Aplicar 1 mg de vitamina K, IM (Prematuros que pesan<2.5 kg, aplicar 0.4 mg/kg, dosis total máxima 1 mg)

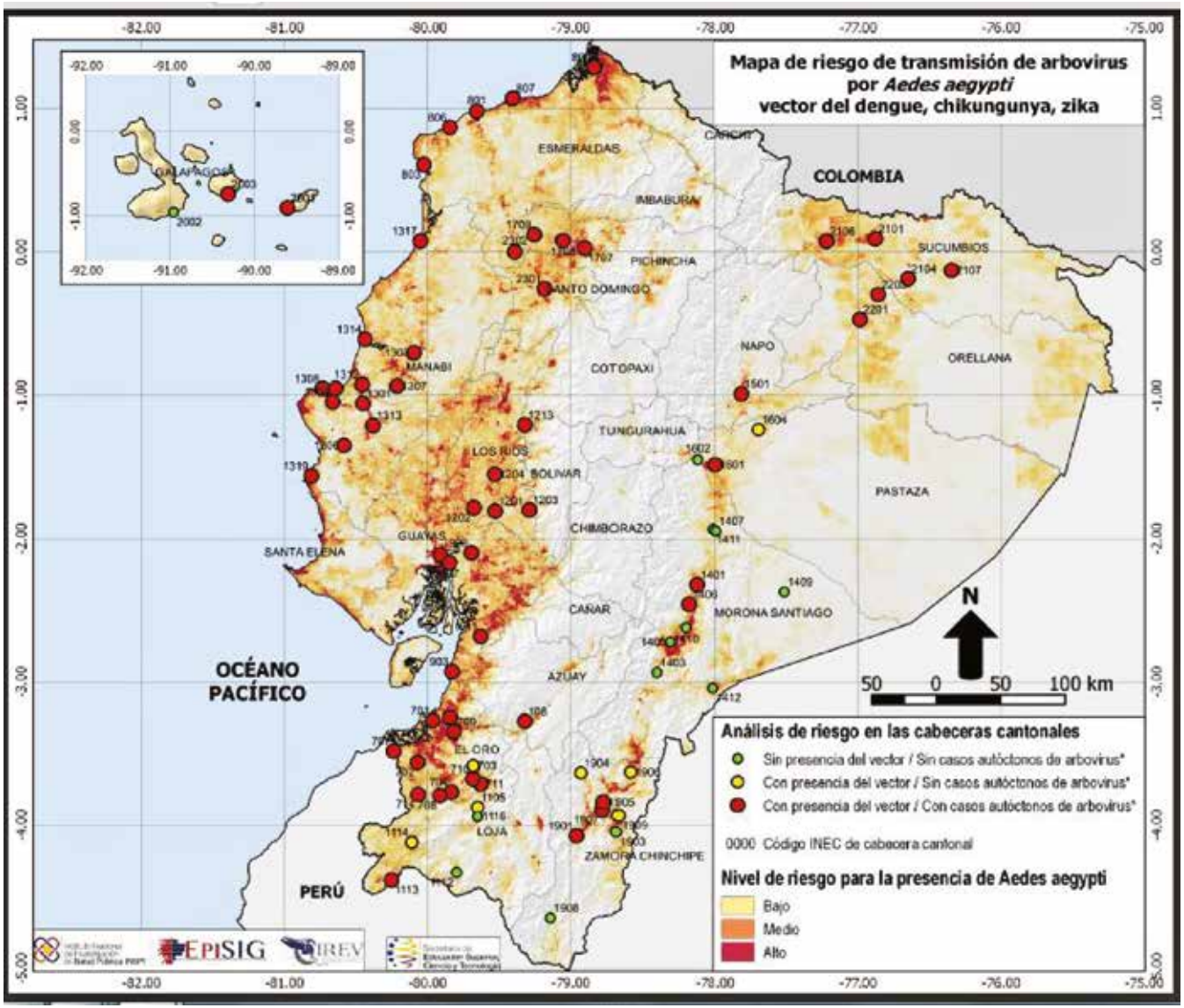
Luego

Tomar temperatura axilar y aplicar esquema de vacunación BCG y hepatitis B

Determinar su edad gestacional

Pesarlo, medir talla y perímetro cefálico

Mapa de riesgo de transmisión de Arbovirus por *Aedes Aegypti, vector del Dengue, Chikungunya y Zika.*

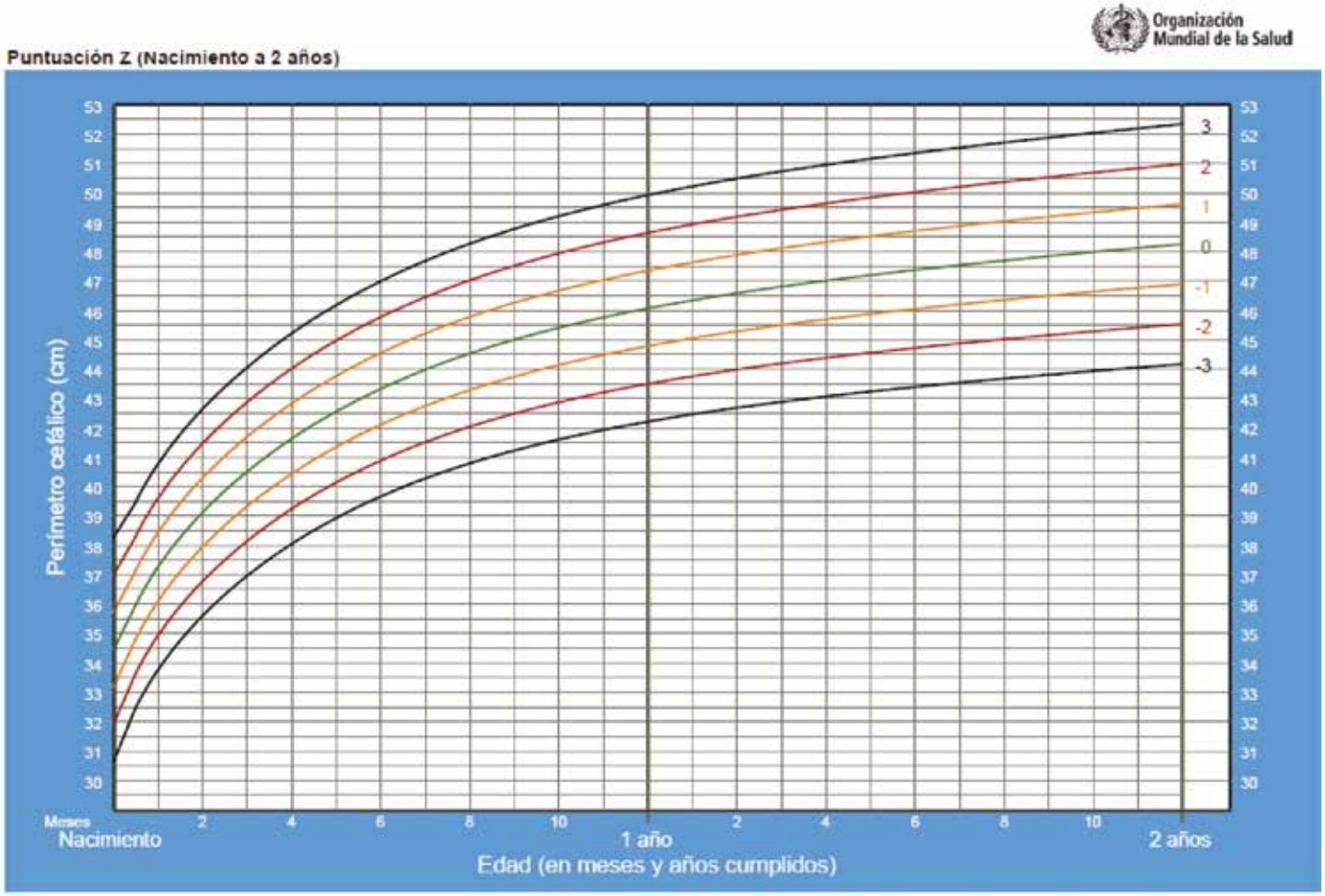


Niñas: Curva de crecimiento **perímetro cefálico** (0 - 2 años)

Perímetro cefálico para la edad: Representa la máxima circunferencia del cráneo en un plano horizontal, que pasa por encima de las cejas y la prominencia occipital y su relación con la edad. El tamaño de la cabeza refleja el desarrollo del cerebro, nos permite verificar el desarrollo sano de niño. Si se trata de recién nacido a término utilizar los valores de referencia de la OMS-MGRS (*).

** The WHO Multicentre Growth Reference study (MGRS)*

Niños: Curva de crecimiento **perímetro cefálico** (0 - 2 años)



Perímetro cefálico para la edad: Representa la máxima circunferencia del cráneo en un plano horizontal, que pasa por encima de las cejas y la prominencia occipital y su relación con la edad. El tamaño de la cabeza refleja el desarrollo del cerebro, nos permite verificar el desarrollo sano de niño. Si se trata de recién nacido a término utilizar los valores de referencia de la OMS-MGRS (*).

** The WHO Multicentre Growth Reference study (MGRS)*

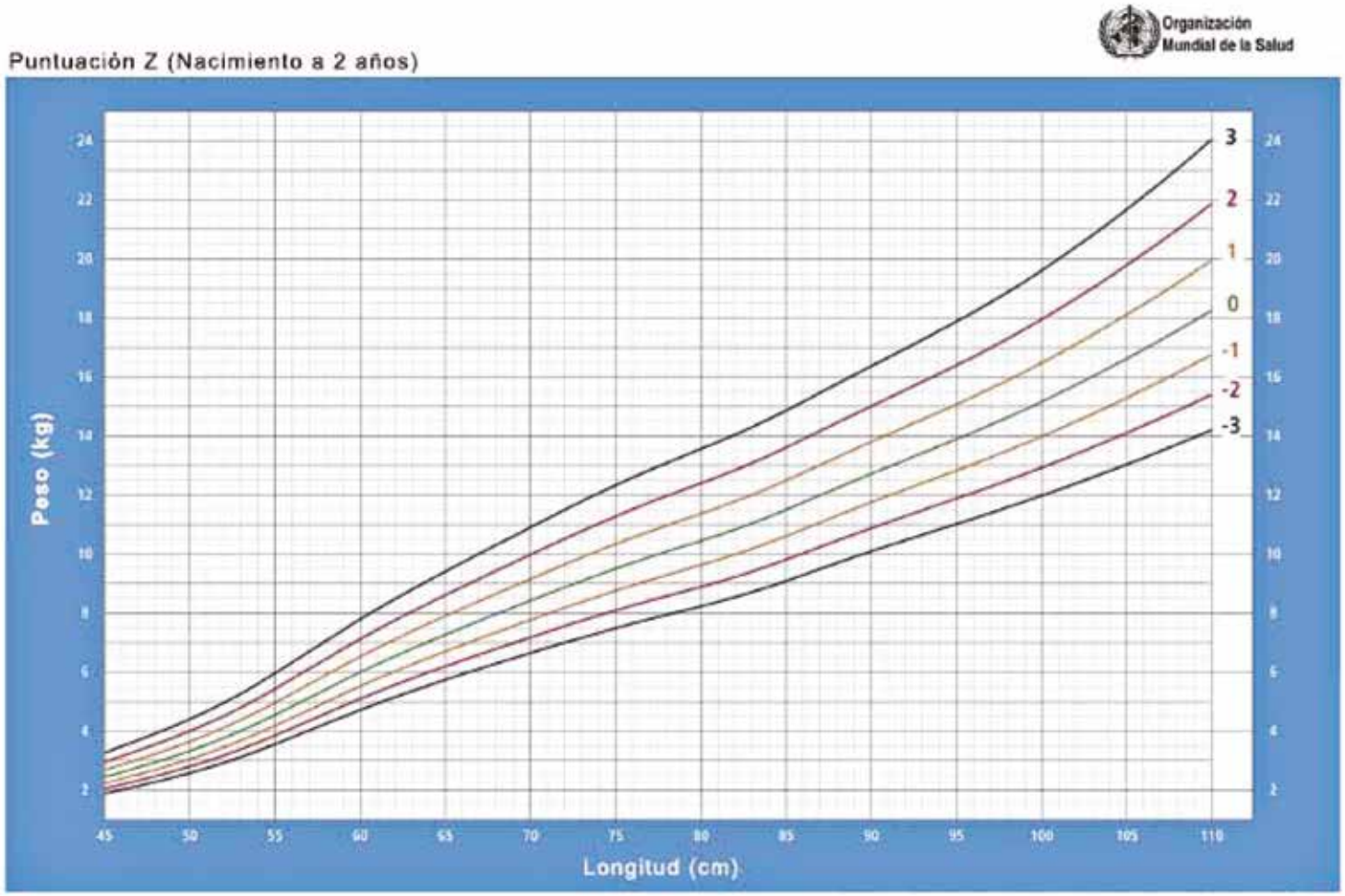
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Niñas: Curva de crecimiento **peso/longitud** (0 a 2 años)

Peso para la longitud: DESNUTRICION AGUDA O EMACIADO. Este indicador es una medida del estado nutricional actual.
El bajo peso para la longitud es llamado emaciación o desnutrición aguda, y es generalmente el resultado de una ingesta de alimentos insuficiente en períodos cortos y/o episodios repetidos de enfermedades agudas recientes, en especial diarrea. (Lutter y Chaparro, 2008)

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Niños: Curva de crecimiento **peso/longitud** (0 a 2 años)



Peso para la longitud: DESNUTRICION AGUDA O EMACIADO. Este indicador es una medida del estado nutricional actual. El bajo peso para la longitud es llamado emaciación o desnutrición aguda, y es generalmente el resultado de una ingesta de alimentos insuficiente en períodos cortos y/o episodios repetidos de enfermedades agudas recientes, en especial diarrea. (Lutter y Chaparro, 2008)

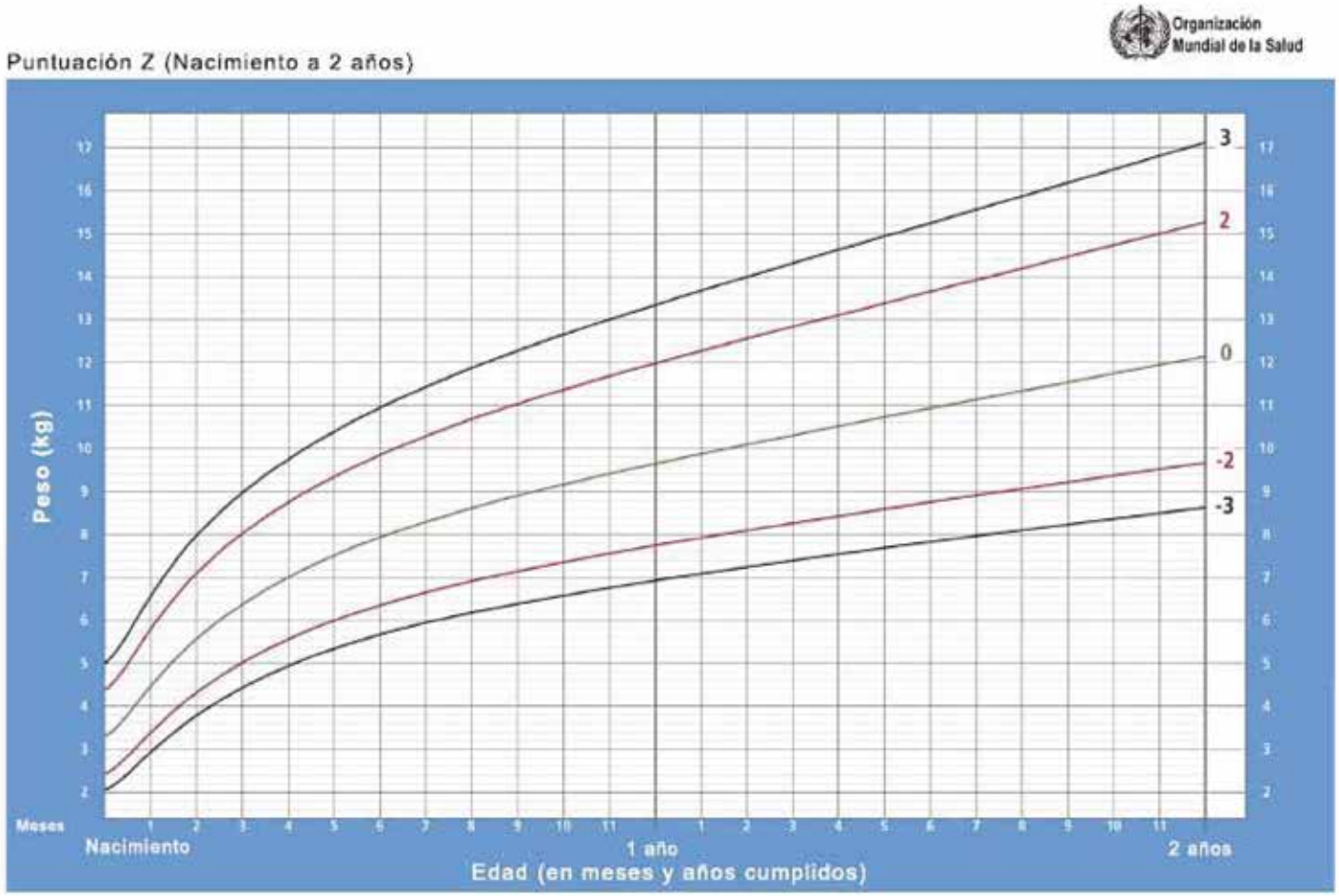
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Niñas: Curva de crecimiento **peso/edad** (0 a 2 años)

Peso por la edad DESNUTRICION GLOBAL. Por su sensibilidad es el indicador de elección para el seguimiento continuo, en especial en menores de dos años. Para un diagnóstico del estado nutricional específico utilizar los indicadores Peso/longitud o talla (Desnutrición aguda o emaciación, sobrepeso y obesidad), o talla/edad (Desnutrición crónica o desmedro).

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Niños: Curva de crecimiento **peso/edad** (0 a 2 años)



Peso por la edad DESNUTRICION GLOBAL. Por su sensibilidad es el indicador de elección para el seguimiento continuo, en especial en menores de dos años. Para un diagnóstico del estado nutricional específico utilizar los indicadores Peso/longitud o talla (Desnutrición aguda o emaciación, sobrepeso y obesidad), o talla/edad (Desnutrición crónica o desmedro).

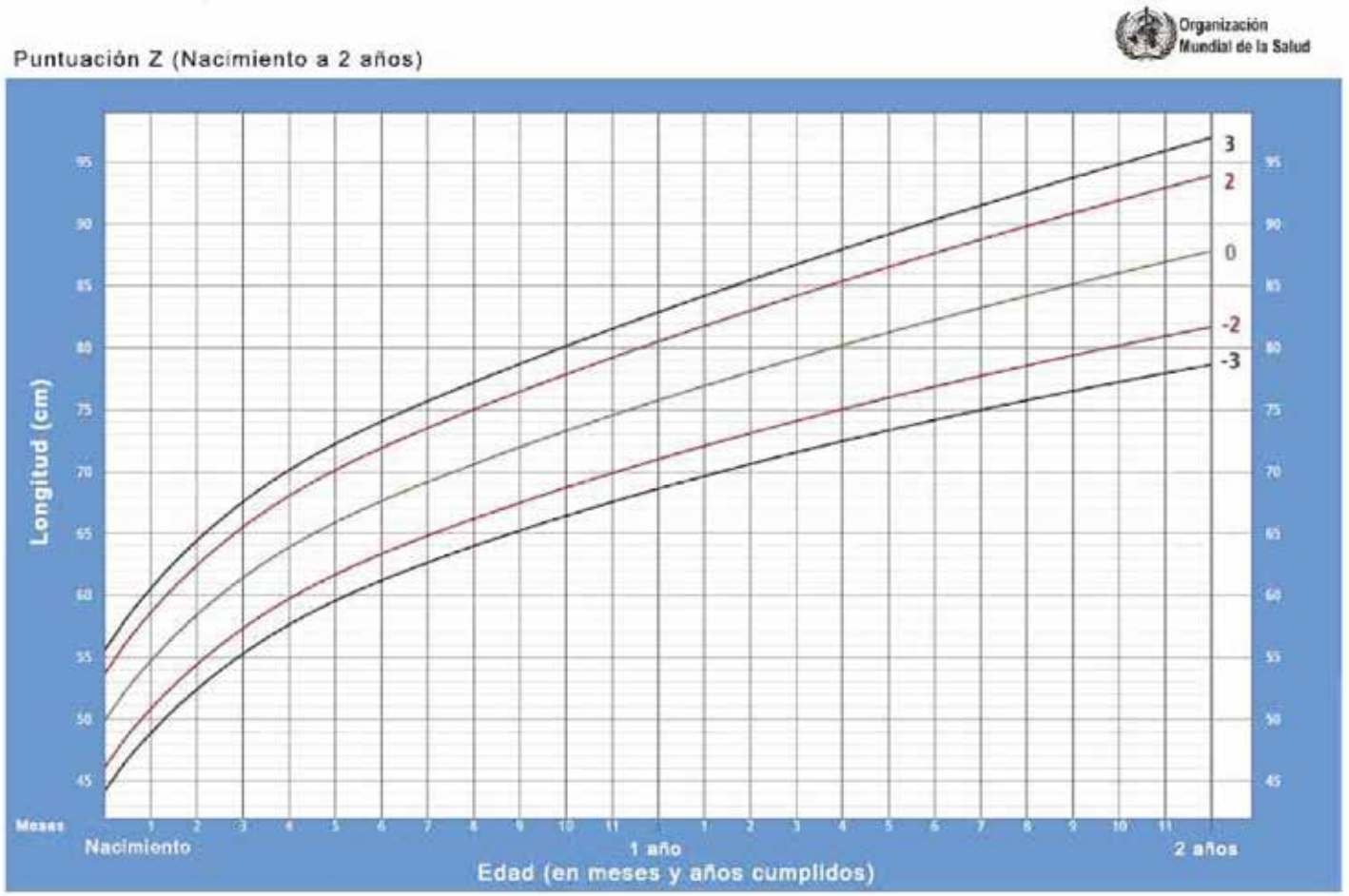
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Niñas: Curvas de crecimiento **longitud/edad** (0 a 2 años)

Longitud para la edad DESNUTRICION CRONICA O DESMEDRO. La baja talla es un indicador de los efectos negativos acumulados debidos a períodos de alimentación inadecuada en cantidad o calidad, a los efectos deletéreos de las infecciones agudas repetidas, así como también a las deficiencias en nutrientes específicos, tales como zinc y calcio. Las niñas que sufren de una nutrición deficiente crecen poco y tienen baja talla para la edad, es decir, son pequeñas. A este retardo en el crecimiento lineal también se le conoce como desnutrición crónica o desmedro. El déficit de talla que ha ocurrido durante los primeros 2 años de vida rara vez es recuperado, (Lutter y Chaparro, 2008; Victoria et al., 2008)

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Niños: Curvas de crecimiento **longitud/edad** (0 a 2 años)



Longitud para la edad DESNUTRICION CRONICA O DESMEDRO. La baja talla es un indicador de los efectos negativos acumulados debidos a períodos de alimentación inadecuada en cantidad o calidad, a los efectos deletéreos de las infecciones agudas repetidas, así como también a las deficiencias en nutrientes específicos, tales como zinc y calcio. Las niñas que sufren de una nutrición deficiente crecen poco y tienen baja talla para la edad, es decir, son pequeñas. A este retardo en el crecimiento lineal también se le conoce como desnutrición crónica o desmedro. El déficit de talla que ha ocurrido durante los primeros 2 años de vida rara vez es recuperado, (Lutter y Chaparro, 2008; Victoria et al., 2008)

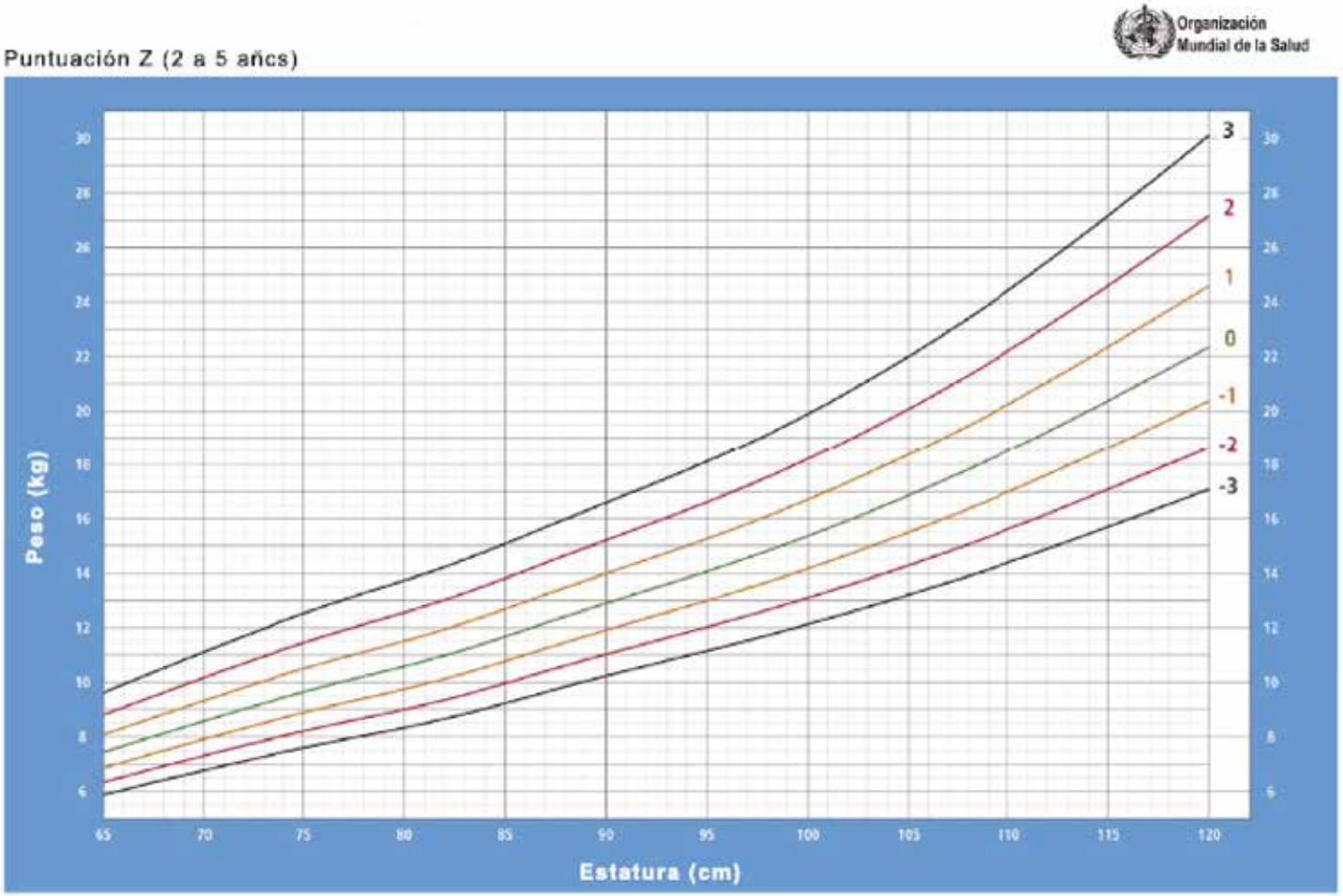
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Niñas: Curva de crecimiento **peso/talla** (2 a 5 años)

Peso para la talla DESNUTRICION AGUDA O EMACIADO. Este indicador es una medida del estado nutricional actual.
El bajo peso para la longitud es llamado desnutrición aguda o emaciación, y es generalmente el resultado de una ingesta de alimentos insuficiente en períodos cortos y/o episodios repetidos de enfermedades agudas recientes, en especial diarrea. (Lutter y Chaparro, 2008)

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

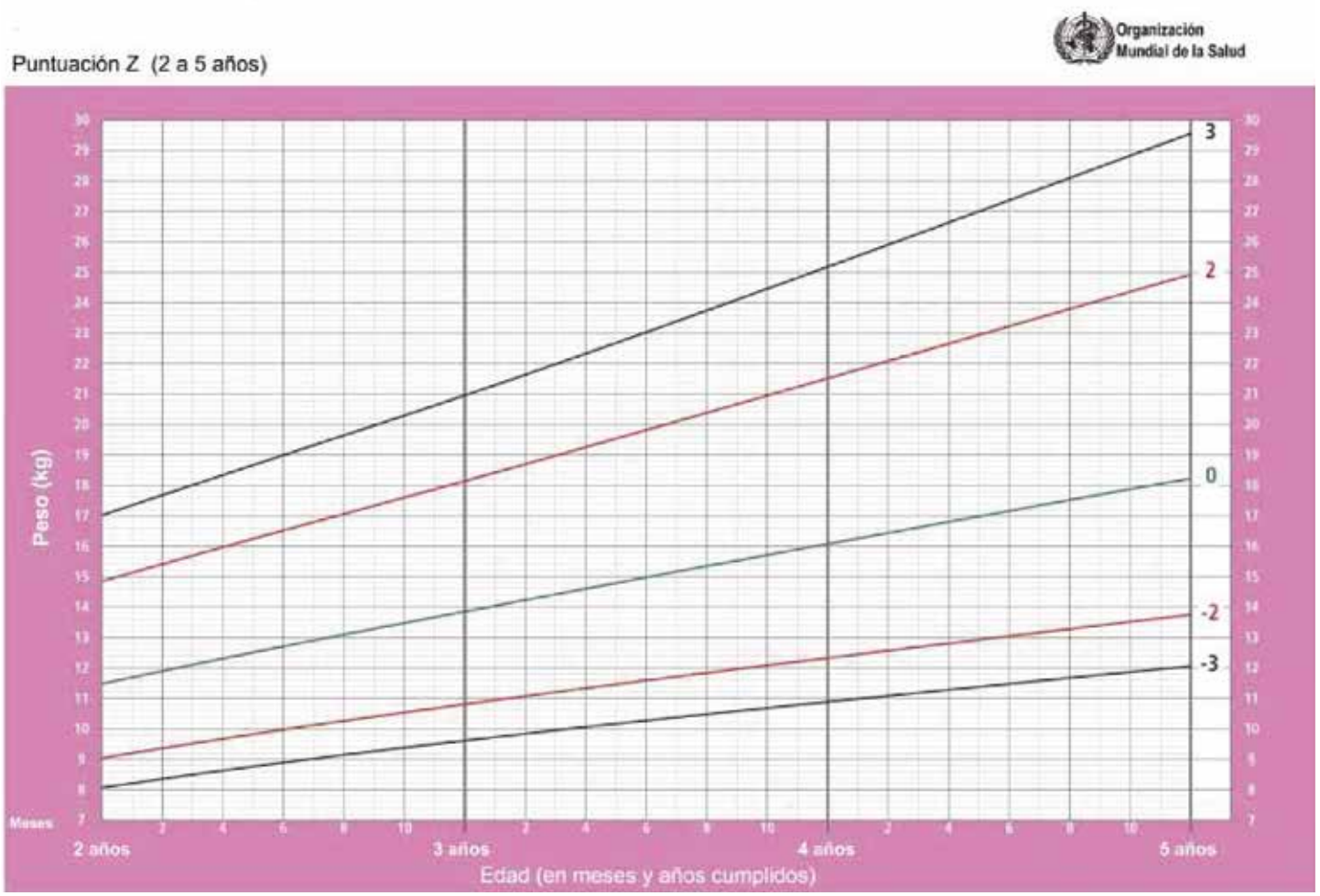
Niños: Curva de crecimiento **peso/talla** (2 a 5 años)



Peso para la talla DESNUTRICION AGUDA O EMACIADO. Este indicador es una medida del estado nutricional actual.
El bajo peso para la longitud es llamado desnutrición aguda o emaciación, y es generalmente el resultado de una ingesta de alimentos insuficiente en períodos cortos y/o episodios repetidos de enfermedades agudas recientes, en especial diarrea. (Lutter y Chaparro, 2008)

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

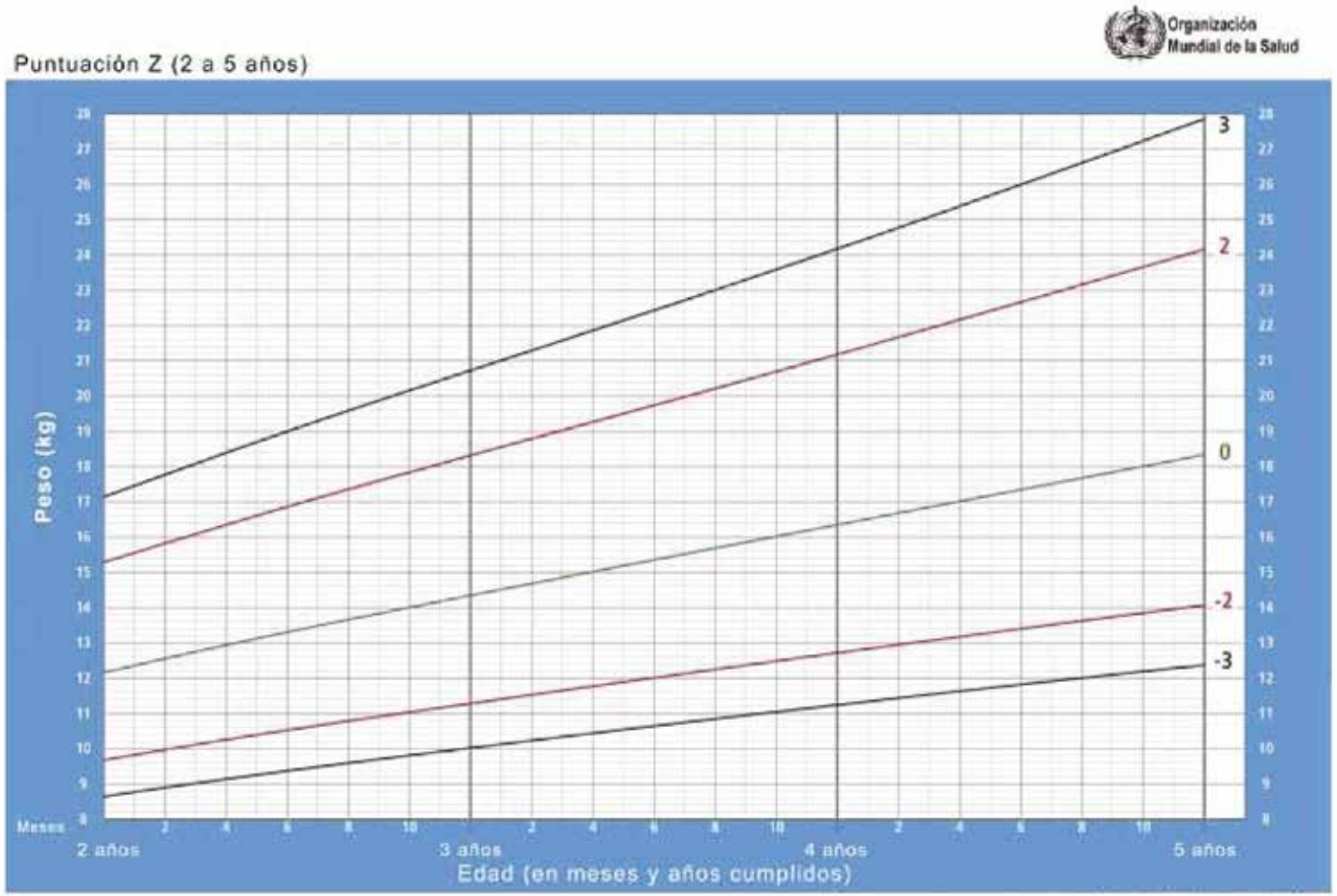
Niñas: Curva de crecimiento **peso/edad** (2 a 5 años)



Peso para la edad: DESNUTRICION GLOBAL. Por su sensibilidad es el indicador de elección para el seguimiento continuo, en especial en menores de dos años. Para un diagnóstico del estado nutricional específico se debe utilizar los indicadores Peso/longitud o talla (Desnutrición aguda o emaciación, Sobrepeso y Obesidad), talla/edad (Desnutrición crónica o desmedro) e IMC/edad (sobrepeso y obesidad).

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Niños: Curva de crecimiento **peso/edad** (2 a 5 años)



Peso por la edad DESNUTRICION GLOBAL. Por su sensibilidad es el indicador de elección para el seguimiento continuo, en especial en menores de dos años. Para un diagnóstico del estado nutricional específico utilizar los indicadores Peso/longitud o talla (Desnutrición aguda o emaciación, sobrepeso y obesidad), o talla/edad (Desnutrición crónica o desmedro).

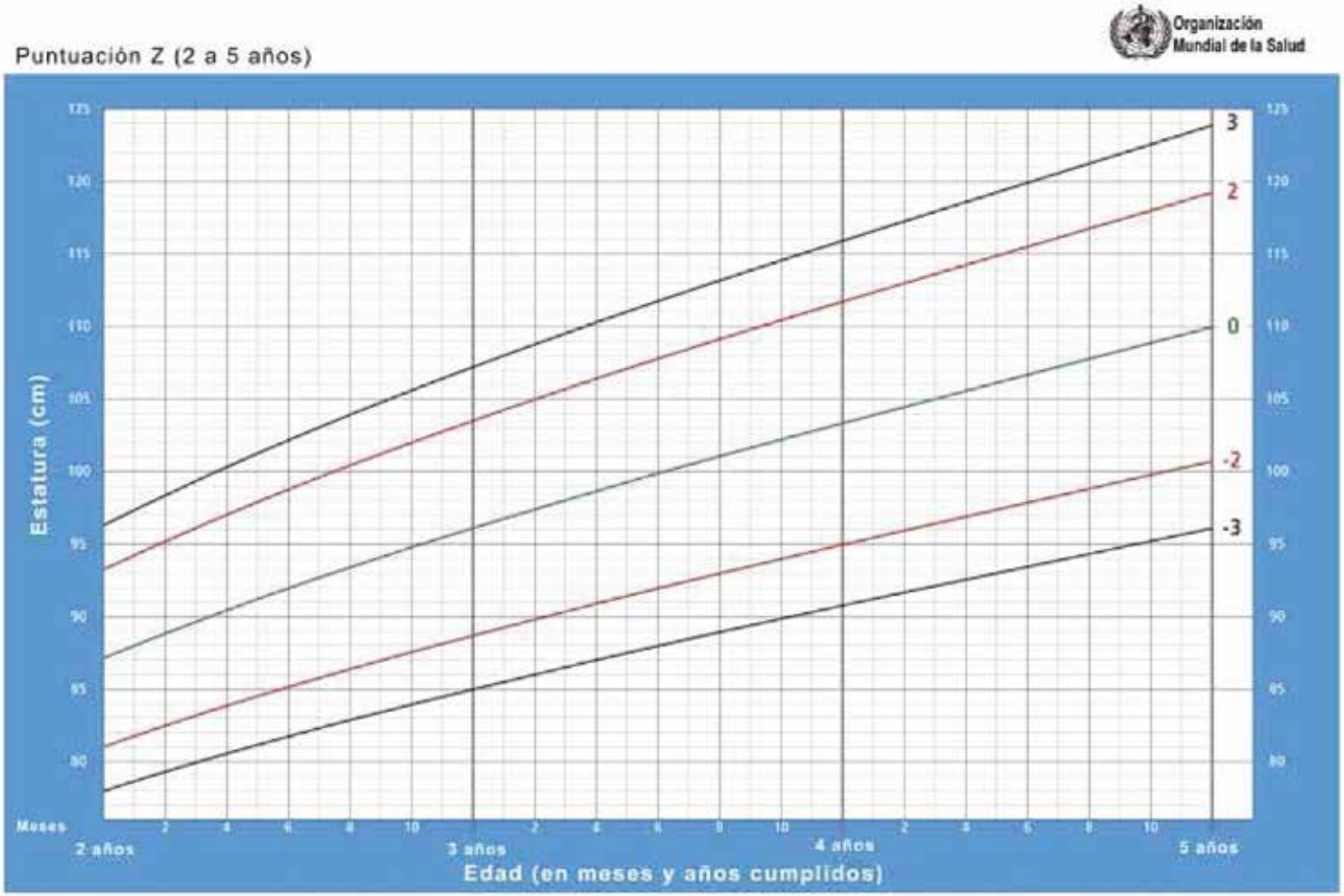
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Niñas: Curva de crecimiento **talla/edad** (2 a 5 años)

Talla para la edad: DESNUTRICION CRONICA O DESMEDRO. La baja talla es un indicador de los efectos negativos acumulados debidos a períodos de alimentación inadecuada en cantidad o calidad, a los efectos deletéreos de las infecciones agudas repetidas, así como también a las deficiencias en nutrientes específicos, tales como zinc y calcio. Las niñas que sufren de una nutrición deficiente crecen poco y tienen baja talla para la edad, es decir, son pequeñas. A este retardo en el crecimiento lineal también se le conoce como desnutrición crónica o desmedro. El déficit de talla que ha ocurrido durante los primeros 2 años de vida rara vez es recuperado, (Lutter y Chaparro, 2008; Victoria et al., 2008)

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Niños: Curva de crecimiento **talla/edad** (2 a 5 años)



Talla para la edad: DESNUTRICION CRONICA O DESMEDRO. La baja talla es un indicador de los efectos negativos acumulados debidos a períodos de alimentación inadecuada en cantidad o calidad, a los efectos deletéreos de las infecciones agudas repetidas, así como también a las deficiencias en nutrientes específicos, tales como zinc y calcio. Las niñas que sufren de una nutrición deficiente crecen poco y tienen baja talla para la edad, es decir, son pequeñas. A este retardo en el crecimiento lineal también se le conoce como desnutrición crónica o desmedro. El déficit de talla que ha ocurrido durante los primeros 2 años de vida rara vez es recuperado, (Lutter y Chaparro, 2008; Victoria et al., 2008)

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

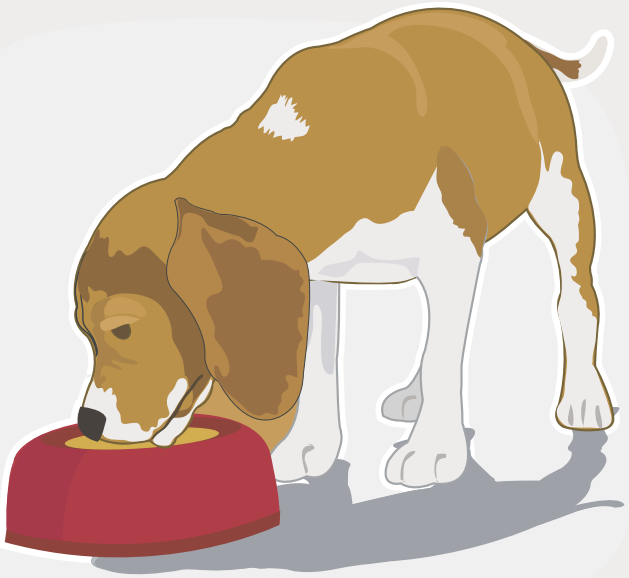
Problemas de crecimiento en niñas y niños menores de 5 años

Interpretación de indicadores

Desviaciones estándar	Peso para longitud o talla	Peso para la edad	Longitud o talla para la edad	Perímetro cefálico para la edad (Menores de 2 años)
Por encima de 3	Obesidad	*(ver nota 2)*	*(ver nota 1)*	Macrocefalia *(ver nota 4)*
Por encima de 2 *de +2.01 a +3*	Sobrepeso		Rango normal	
Por encima de 1 *de + 1.01 a +2*	Riesgo de sobrepeso		Rango normal	Rango normal
0 (mediana) *de +1 a -1.0*	Rango normal	Rango normal	Rango normal	Rango normal
Por debajo de -1 *de -1.01 a -2*	Rango normal	Rango normal	Rango normal	Rango normal
Por debajo de -2 *de -2.01 a -3*	Desnutrición aguda moderada	Peso bajo	Desnutrición crónica o talla baja *(ver nota 3)*	Microcefalia *(ver nota 4)*
Por debajo de -3	Desnutrición aguda severa o emaciación severa (ver nota 5)	Peso bajo severo	Desnutrición crónica severa o baja talla severa *(ver nota 3)*	

1. Una niña o niño en este rango es muy alto para su edad. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que revele un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos, como un tumor productor de hormona del crecimiento. Si usted sospecha un desorden endocrino, refiera a la niña o niño para una evaluación médica (por ejemplo, si padres con una estatura normal tienen una niña o niño excesivamente alta/o para la edad).
2. Una niña o niño cuyo peso para la edad se ubica en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con el análisis del indicador Peso/longitud o talla.
3. Una niña o niño con retardo en talla, baja talla o baja talla severa puede desarrollar sobrepeso.
4. Las niñas y niños catalogados con macrocefalia o con microcefalia requieren referencia para evaluación médica especializada.
5. Solo es necesario referir a la niña o niño si tiene factor de riesgo adicional además de la desnutrición aguda severa (ver p12).

Figuras para evaluar el desarrollo psicomotor



Procedimiento para colocar sonda nasogástrica en niñas y niños menores de 5 años

Colocación de la sonda nasogástrica

Puede ser necesario colocar una sonda nasogástrica (No. 8 F para niños) en el estómago de la niña o del niño para pasar líquidos y alimentos.

- Sosteniendo la punta de la sonda contra la nariz de la niña o del niño, mida la distancia desde la nariz hasta el lóbulo del oído, luego hasta la apófisis xifoides del esternón (epigastrio). Marque la sonda a esta altura.
- Sostenga a la niña o al niño firmemente. Lubrique la punta del catéter con agua y hágalo entrar directamente en uno de los orificios nasales, empujándolo lentamente. Debe pasar fácilmente hasta el estómago sin resistencia. Cuando se llega a la distancia medida fije la sonda a la nariz, con cinta adhesiva.
- Con una jeringa aspire una cantidad pequeña del contenido del estómago para confirmar que la sonda está en su sitio. Si no se obtiene aspirado, confirme la posición mediante una radiografía abdominal o coloque la punta de la sonda en un recipiente con agua, si observa burbujas retire inmediatamente y comience nuevamente.
- Si le queda alguna duda acerca de la ubicación de la sonda, retírela y comience nuevamente. La complicación más grave se produce cuando la sonda pasa inadvertidamente a la tráquea. Esto provoca inquietud en el niño o niña, un llanto anormal en los lactantes o cianosis.
- Cuando la sonda esté en su sitio, fije una jeringa de 20 mL (sin el émbolo) en el extremo de la sonda y vierta líquidos o alimentos en ella dejando que fluyan por acción de la gravedad.

La sonda nasogástrica puede mantenerse en posición durante varios días, Si tiene dudas acerca de la posición de la sonda, verifique que está correctamente colocada antes de dar el líquido.

Procedimiento para administrar diazepam intrarectal

Administrar diazepam por vía rectal

- Extraiga la dosis de una ampolla de diazepam con una jeringa de tuberculina (1 mL). Calcule la dosis en relación al peso del niño o niña, siempre que sea posible. Luego separe la aguja de la jeringa.

- Inserte la jeringa de 4 a 5 cm en el recto e inyecte la solución de diazepam.
- Sostenga las nalgas juntas durante algunos minutos.

Tabla de conversión

Convertir libras y onzas a gramos

Onzas	Libras													
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**
0	0	454	907	1361	1814	2268	2722	3175	3629	4082	4536	4990	5443	5897
1	28	482	936	1389	1843	2296	2750	3203	3657	4111	4564	5018	5471	5925
2	57	510	964	1417	1871	2325	2778	3232	3685	4139	4593	5046	5500	5953
3	85	539	992	1446	1899	2353	2807	3260	3714	4167	4621	5075	5528	5982
4	113	567	1021	1474	1928	2381	2835	3289	3742	4196	4649	5103	5557	6010
5	142	595	1049	1503	1956	2410	2863	3317	3770	4224	4678	5131	5585	6038
6	170	624	1077	1531	1984	2438	2892	3345	3799	4552	4706	5160	5613	6067
7	198	652	1106	1559	2013	2466	2920	3374	3827	4281	4734	5188	5642	6095
8	227	680	1134	1588	2041	2495	2948	3402	3856	4309	4763	5216	5670	6123
9	255	709	1162	1616	2070	2523	2977	3430	3884	4337	4791	5245	5698	6152
10	283	737	1191	1644	2098	2551	3005	3459	3912	4366	4819	5273	5727	6180
11	312	765	1219	1673	2126	2580	3033	3487	3941	4394	4884	5301	5755	6209
12	340	794	1247	1701	2155	2608	3062	3515	3969	4423	4876	5330	5783	6237
13	369	822	1276	1729	2183	2637	3090	3544	3997	4451	4904	5358	5812	6265
14	397	850	1304	1758	2211	2665	3118	3572	4026	4479	4933	5386	5840	6294
15	425	879	1332	1786	2240	2693	3147	3600	4054	4508	4961	5415	5868	6322

Ejemplo: para obtener gramos equivalentes a 7 libras y 3 onzas, lea 7 en la escala superior y 3 en la escala de la izquierda y el resultado 3260 gramos

Evaluación del riesgo social

Criterios de evaluación a observar:

- Dificultad para la comprensión de las indicaciones médicas por la madre o persona que acompaña a la niña o niño(a).
- Actitud negativa de la madre o persona que acompaña a la niña o niño en el cumplimiento estricto de las indicaciones médicas en el hogar.
- Evidencia de prácticas que podrían poner en riesgo la salud de la niña o niño.
- Duda de la disposición para regresar en el caso que la niña o niño se complique en casa.

Criterios de evaluación a investigar:

- ¿La persona que lleva a la niña o niño en el momento de la consulta no es la madre o el responsable, ni quien lo cuida?
- ¿La persona que cuida a la niña o niño es otra niña o niño, madre adolescente o persona con discapacidad?
- ¿Tiene dificultad económica o familiar para regresar a control ante el empeoramiento de síntomas?
- ¿Se tarda más de 1 hora en llegar al establecimiento de salud más cercano (según medio de transporte usualmente utilizado)?
- ¿Tiene acceso limitado a transporte durante las 24 horas?
- ¿Se le ha muerto alguna niña o niño menor de 5 años por diarrea, dengue, desnutrición o neumonía en los últimos 2 años?
- ¿En el hogar existen niñas o niños que no asisten a la escuela (aquellos con al menos un niño de seis a doce años de edad que no asiste a la escuela)*?

Interpretación:

Con un solo criterio positivo que cumpla la niña o niño debe ser considerado con riesgo social, por lo que requerirá: observación en el establecimiento de salud, visita domiciliaria o ingreso hospitalario según corresponda.

* Indicador de pobreza (SIISE)

Fuentes:
1. Lineamientos técnicos para la atención integral de niñas y niños menores de cinco años, Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) 2013
2. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador - SIISE. Necesidades básicas insatisfechas (NBI). 2015

(a) Asegurarse que la madre o persona que cuida al niño entendió el mensaje del personal de salud. Verificar que no existan barreras como el idioma, discapacidad, o cualquier dificultad para entender el mensaje transmitido. El mensaje tiene que ser transmitido con calidez, de forma sencilla y clara.

El Alimento Terapéutico Listo para su Uso (ATLU).

El Alimento Terapéutico Listo para su Uso (ATLU) es un alimento diseñado para tratar a niñas y niños mayores de seis meses con bajo peso para la talla (Desnutrición Aguda Moderada o Severa). La base de este alimento es leche en polvo, maní, aceite, azúcar y está enriquecido con una mezcla de vitaminas y minerales específicamente elaborada para recuperar a niñas y niños con Desnutrición Aguda. Es equivalente a la fórmula láctea líquida F-100 para la recuperación intra-hospitalaria de las niñas y niños desnutridos severos con la diferencia de que este elemento puede utilizarse de forma ambulatoria sin necesidad de hospitalización siempre que no existan otras complicaciones en la niña o niño y se mantenga el apetito.

Indicaciones en Desnutrición Aguda Moderada

EDAD	INDICACIÓN (a)(b)(c)
6 meses a menor de 2 años	1 sobre ATLU por día
2 años a menor de 5 años	2 sobres ATLU p or día

a) Entregar el tratamiento para 2 semanas y reevaluar el peso y talla semanalmente.
b) Continuar el tratamiento hasta que el niño salga desnutrición aguda moderada
c) Recuperado mantener la evaluación de peso y talla cada 15 días para detectar posibles recaída

Indicaciones en Desnutrición Aguda Severa

Peso en Kg de la niña o niño	#sobres/día (a)(b)(c)	# sobres/semana
3.5 - 3.9	1.5	11
4.0 - 5.4	2	14
5.5 - 6.9	2.5	18
7.0 - 8.4	3	21
8.5 - 9.4	3.5	25
9.5 - 10.4	4	28
10.5 - 11.9	4.5	32
12.0 - 13.5	5	35
> 13.5	200 kcal/kg/d	

a) Entregar el tratamiento para 1 semana y reevaluar el peso y talla semanalmente para continuar con otra semana de tratamiento.
b) Continuar el tratamiento hasta que el niño salga de desnutrición aguda severa y tratar como moderada según esquema anterior
c) En casos de difícil acceso al centro de salud entregar sobres para 15 días

Prueba del apetito

A las niñas y niños con Desnutrición Aguda, se les debe realizar la prueba del apetito, parámetro clave, junto con la valoración médica, para decidir si se pueden tratar en el hogar o deben ser remitidos a un hospital de II nivel.

Procedimientos para realizar la prueba del apetito

- Utilizar un sobre de Alimento Terapéutico Listo para su Uso (ATLU) para la realización de la prueba. Hacerlo de esta manera tiene la ventaja de que puede medir a la vez la ingesta de calorías y la aceptabilidad del producto con el cual se hace el tratamiento nutricional en el hogar.
- Solicitar a la madre o cuidador lavarse las manos con agua y jabón, y ofrecer a la niña o niño ATLU en cuchara o directamente del sobre.
- Observar durante 15 minutos la forma como la niña o niño recibe el ATLU y la cantidad consumida y comparar con los criterios de evaluación de la prueba de apetito presentados en la tabla adjunta.
- Si la niña o niño rechaza ATLU, repetir la prueba procurando ubicar a la madre y al niño en un ambiente propicio. Es importante que la niña o niño consuma voluntariamente el ATLU sin obligarlo.

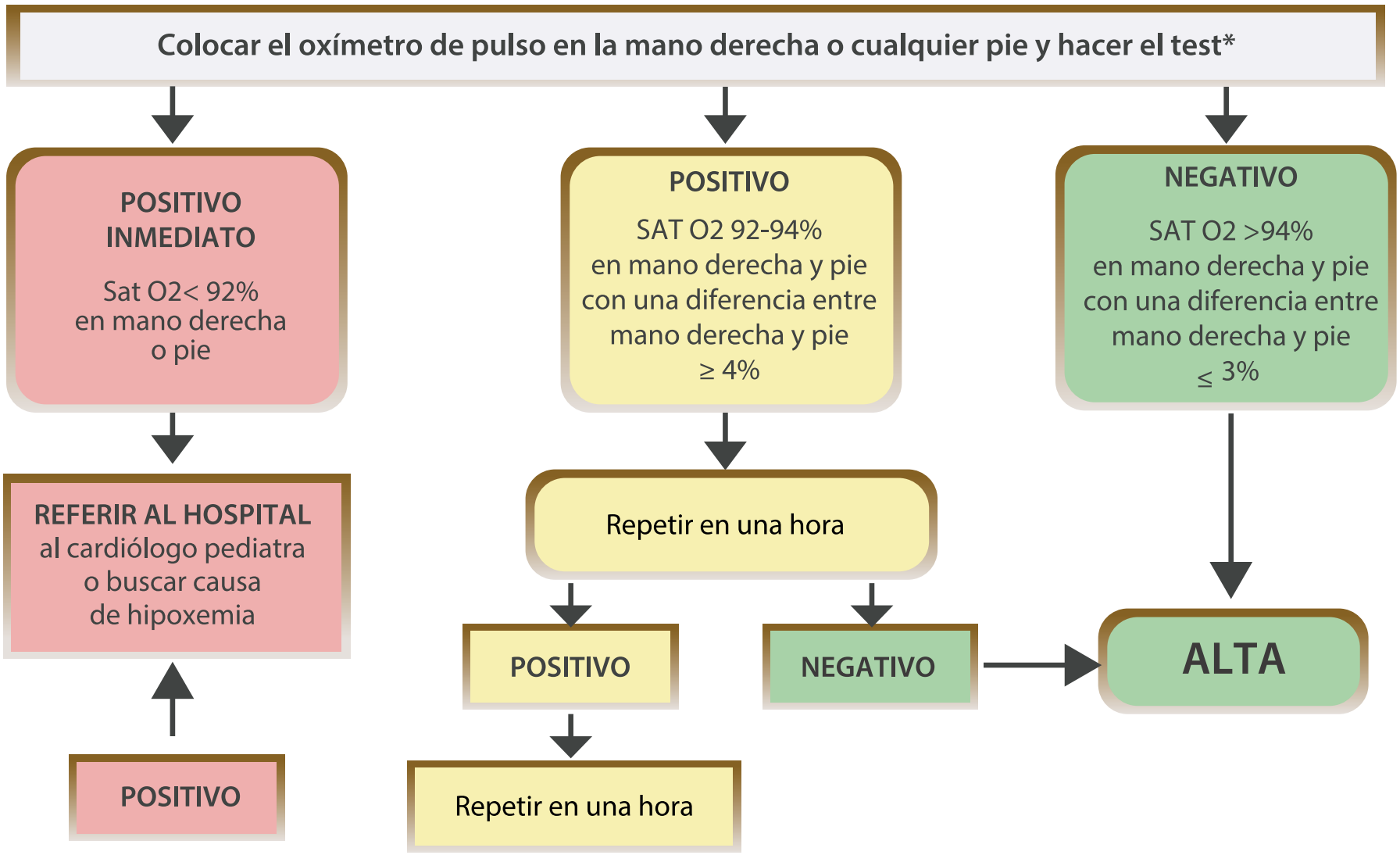
Criterios para la evaluación de la prueba del apetito

<table>
<tr><th rowspan="2">Edad</th><th rowspan="2">Peso (kg)</th><th colspan="3">Positiva</th><th colspan="3">Negativa</th></tr>
<tr><th>Consumo mínimo ATLU (sobre)</th><th>Observación</th><th>Conducta</th><th>Consumo mínimo ATLU (sobre)</th><th>Observación</th><th>Conducta</th></tr>
<tr><td rowspan="4">6 - 59 meses</td><td>4 - 6.9</td><td>> 1 / 4</td><td rowspan="3">La niña o niño recibe con agrado el ATLU</td><td rowspan="3">La niña o niño puede manejarse en el hogar</td><td><1/4</td><td rowspan="3">El niño o niña come muy poco o se niega a consumir el ATLU a pesar del ambiente propicio para la prueba</td><td rowspan="3">Remitir a manejo intra-hospitalario</td></tr>
<tr><td>7 - 9.9</td><td>> 1 / 3</td><td><1/3</td></tr>
<tr><td>10 - 14.9</td><td>> 1 / 2</td><td><1/2</td></tr>
<tr><td>< 4 kg</td><td colspan="6">No realizar la prueba del apetito y remitir al manejo intrahospitalario</td></tr>
<tr><td>Menor de 6 meses</td><td colspan="7">No realizar la prueba del apetito y remitir al manejo intrahospitalario</td></tr>
</table>

Contraindicaciones para realizar la prueba del apetito

- No debe ser usada en menores de 6 meses de edad o peso menor de 4 kg.
- Por su alta cantidad en hierro su uso es limitado en los niños con desnutrición aguda severa con complicaciones en su fase de estabilización.
- Evitar su uso en niños o niñas que presenten alergia por su contenido con pasta de maní.
- No se debe usar en niños que no tengan desnutrición aguda.

Tamizaje para cardiopatías



***Realizarlo a las 24 o 48 horas del nacimiento con aire al 21%, en un ambiente cálido y tranquilo**

Adaptado de Cullen PJ, Guzman B. Tamiz de cardiopatías congénitas críticas. Recomendaciones actuales. Acta Médica Grup Ángeles.2014;12(1):24–9

/SaludEcuador @Salud_Ec

www.salud.gob.ec

aiepi

unicef

YACHAY
CIUDAD DEL CONOCIMIENTO

CUADROS DE PROCEDIMIENTOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

VICEMINISTERIO DE GOBERNANZA Y VIGILANCIA DE LA SALUD
VICEMINISTERIO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD