

CUADROS DE PROCEDIMIENTO

AIEPI 2.017



EVALUAR Y CLASIFICAR EL RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PARTO QUE AFECTAN EL BIENESTAR FETAL

EN TODA MUJER CON POSIBILIDAD DE EMBARAZARSE

PREGUNTE:

- ¿Qué edad tiene?
- ¿Tiene pareja estable?
- ¿Tiene relaciones sexuales?
- ¿Utiliza algún método de Planificación familiar?
- ¿Toma alcohol, fuma, consume drogas?
- ¿Ha tenido contacto con insecticidas y químicos?
- Si ha tenido embarazos previos, investigue: Antecedente de muertes perinatales, peso bajo al nacer, nacidos prematuros, abortos previos o malformaciones congénitas del tubo neural.
- ¿Ha tenido alguna enfermedad crónica?
- ¿Ha sufrido algún tipo de violencia?

DETERMINE:

- Peso, talla e IMC
- Hb
- ITS
- Flujo vaginal
- Palidez palmar
- Cavidad oral (dolor, sangrado, inflamación, halitosis, caries)
- Esquema de vacunación

- Menor 20 años
- IMC < 18.5 ó > 29.9
- Hb < 7 g/dl o palidez palmar intensa
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) sin tratamiento
- Enfermedad previa sin control
- Consume alcohol, tabaco o drogas
- Antecedente de violencia o maltrato
- Antecedente malformaciones mayores incluyendo las del tubo neural

NO SE RECOMIENDA O SE RECOMIENDA POSPONER EL EMBARAZO

- riesgos y la importancia de posponer el embarazo o no embarazarse
- Tratar si es posible o trasladar si es necesario
- Controlar enfermedad previa
- Consejería nutricional
- Buscar causa y tratar anemia con hierro
- Antecedente malformación tubo neural: ácido fólico 4 - 5 mg VO/día x 3 meses antes de embarazo
- Antecedente de otras malformaciones mayores, asegurar consejería genética
- Desparasitar con Albendazol
- Manejo y consejería: drogadicción, alcoholismo y tabaquismo
- Si violencia: activar la red contra el maltrato
- VDRL reactivo, prueba no treponémica positiva administrar P Benzatínica 2.400.000 U
- VIH reactivo o positivo referencia a programa de VIH
- Higiene personal e higiene oral

Uno de los siguientes:

- 35 años o más
- IMC >25,0
- Hb entre 7 y 12 g/dl, palidez palmar moderada
- Enfermedad previa controlada
- Problemas de salud bucal
- Expuesta a químicos e insecticidas
- Muertes perinatales, peso bajo al nacer, nacidos prematuros, abortos previos
- Anomalías congénitas menores
- Parejas sexuales múltiples
- No planificación familiar
- ITS con tratamiento

EN CONDICIONES DE EMBARAZARSE CON FACTORES DE RIESGO

- Consejería nutricional y dieta adecuada
- Administrar hierro
- Ácido fólico 1,0 mg. VO/día x 3 meses antes de embarazo
- Desparasitar con Albendazol
- Planificación familiar
- Higiene personal
- Profilaxis y tratamiento bucal
- Consejería en prevención cáncer de seno y cuello uterino (vacuna VPH)

Todos los siguientes criterios:

- Edad entre 20 y 35 años
- IMC entre 18,5 y 24,9
- Hb > 12 g/dl y no tiene palidez
- Serología para sífilis no reactiva
- VIH no reactivo
- Ningún criterio para clasificarse en las anteriores

EN CONDICIONES DE EMBARAZARSE

- Administrar ácido fólico 1,0 mg/día VO x 3 meses antes de embarazo
- Planificación familiar
- Higiene personal / higiene bucal
- Consejería en prevención cáncer de seno y cuello uterino (vacuna VPH)
- Consejería estilos de vida sanos, nutrición, ejercicio y prevención exposición tóxicos, drogas e infecciones.

DETERMINE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO DURANTE LA GESTACIÓN

PREGUNTE:

- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuándo fue la última menstruación?
- ¿Ha tenido algún control prenatal?
- ¿Cuántas veces?
- ¿Cuándo fue su último parto?
- ¿Los partos han sido naturales o con cesárea?
- ¿Cuántos embarazos ha tenido?
- ¿Ha tenido hijos prematuros o de bajo peso?
- ¿Ha tenido hijos malformados?
- ¿Se ha muerto algún hijo antes de nacer o durante la primera semana de vida?
- ¿Percibe movimiento fetal?
- ¿Ha tenido fiebre?
- ¿Le ha salido líquido por la vagina?
- ¿Ha tenido flujo vaginal?
- ¿Padece alguna enfermedad? ¿Cuál?
- ¿Le han dado algún medicamento? ¿Cuál?
- ¿Fuma, bebe o consume drogas?
- ¿Ha sufrido alguna clase de Violencia?

DETERMINE:

- Fecha probable de parto
 - Edad gestacional.
 - Peso, talla e IMC
 - Altura uterina
 - Embarazo múltiple
 - Presentación anormal
 - Presión arterial
 - Si tiene palidez palmar intensa
 - Si hay edema en manos, cara y/o piernas
 - Presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa
 - Signos de enfermedad sistémica y/o de transmisión sexual
 - Inmunización con toxoide tetánico
 - Cavidad bucal (sangrado, inflamación, caries, halitosis)
- ### REALICE LABORATORIOS:
- Hb, Hto, toxoplasma, hepatitis b
 - Serología para sífilis al primer contacto y antes del parto
 - Grupo sanguíneo, Rh y Coombs
 - Glicemia
 - Parcial de orina y urocultivo
 - VIH con consentimiento escrito
 - Ecografía obstétrica según norma

Uno de los siguientes signos: • Embarazo mayor 41 semanas • Disminución o ausencia de movimientos fetales • Enfermedad sistémica severa • Infección urinaria con fiebre • Diabetes no controlada • Hipertensión no controlada y/o presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa • Palidez palmar severa y/o Hb < 7 g/dl • Edema en cara, manos y piernas • RPM antes de las 37 semanas	GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE	➤ Referir URGENTEMENTE al hospital ➤ Tratar hipertensión ➤ Si RPM administrar primera dosis de eritromicina VO 250 mg y ampicilina
Uno de los siguientes signos: • Menor de 20 años o mayor de 35 años • Primigesta ó gran multipara • Periodo entre embarazos menor de 2 años • Sin control prenatal • Altura uterina no correlaciona con la edad gestacional • Antecedente de hijos prematuros, bajo peso o malformados • Antecedente de aborto habitual, muerte fetal o neonatal temprana • Enfermedad sistémica controlada • Infección urinaria sin fiebre • Diabetes controlada • Hipertensión controlada • Palidez palmar y/o Hb ≥ 7 y ≤ 11 g/dl • Flujo vaginal refractario • Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción • Antecedente de violencia o maltrato • Ingesta de drogas teratogénicas • Ganancia inadecuada de peso • IMC < 20 ó > 30 • Presentación anormal • Gestación múltiple • Madre Rh negativa • VDRL o VIH o hepatitis b positivos • Problemas bucales o periodontales • Sin inmunización con toxoide tetánico	GESTACIÓN DE ALTO RIESGO	➤ Referir para consulta por especialista ➤ Si embarazo múltiple: Referir antes de las 30 SG ➤ Si VDRL o prueba de treponémica positiva iniciar tratamiento con penicilina Benzatínica ➤ Si es VIH (+) consultar protocolo y referir a especialista ➤ Recomendar a la madre que continúe tratamiento instituido ➤ Administrar hierro, ácido fólico y multivitaminas ➤ Si antecedente de hipertensión administrar suplemento de calcio y aspirina 100 mg/día ➤ Administrar toxoide tetánico ➤ En zonas de alta prevalencia administrar Albendazol en 2° o 3° trimestre. ➤ Brindar asesoría para VIH, SIDA, ITS ➤ Determinar fecha para próxima consulta según norma ➤ Dar consejería en nutrición y cuidados del Embarazo y lactancia materna ➤ Enseñar signos de alarma para consultar de inmediato ➤ Planificar con la familia la referencia antes del parto ➤ Consejería sobre estímulos y cuidados del bebé ➤ Consejería sobre salud bucal y referir a odontología
Gestación sin riesgo inminente ni alto riesgo	GESTACIÓN DE BAJO RIESGO	➤ Enseñar signos de alarma para consultar de inmediato ➤ Planificar con la familia la referencia antes del parto ➤ Seguimiento hasta concluir la gestación según normas ➤ Administrar hierro, ácido fólico y multivitaminas ➤ Dar consejería en nutrición, cuidados del embarazo, lactancia, puerperio y recién nacido ➤ Administrar toxoide tetánico ➤ Brindar asesoría para VIH-SIDA ➤ En zonas de alta prevalencia Albendazol en 2° o 3° trimestre de gestación ➤ Consejería sobre salud bucal y referir a odontología

DETERMINE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO DURANTE EL PARTO

PREGUNTE

- ¿Cuándo fue la última menstruación?
- ¿Ha tenido contracciones?
- ¿Ha tenido hemorragia vaginal?
- ¿Le ha salido líquido por la vagina? ¿De qué color?
- ¿Ha tenido dolor de cabeza severo?
- ¿Ha tenido visión borrosa?
- ¿Ha tenido convulsiones?
- Antecedente de importancia durante el embarazo

DETERMINE:

- Presión arterial
- Temperatura
- Presencia de contracciones en 10 minutos
- Frecuencia cardíaca fetal
- Dilatación cervical y presentación
- Si hay edema en cara, manos y piernas
- Si tiene o ha tenido hemorragia vaginal

REALICE O REVISE LABORATORIOS:

- Hb, Hto, hepatitis b, VIH
- VDRL antes del parto

Uno de los siguientes signos: ▪ Trabajo de parto menor de 37 semanas ▪ Hemorragia vaginal ▪ Ruptura prematura de membranas >12 horas ▪ Fiebre o taquicardia materna ▪ Hipertensión no controlada y/o presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa ▪ Disminución o ausencia de movimientos fetales ▪ Cambios en la Frecuencia Cardíaca Fetal <120 ó > 160 por minuto ▪ Presentación anormal ▪ Edema en cara, manos y piernas	PARTO CON RIESGO INMINENTE	➤ Referir URGENTEMENTE al centro de mayor complejidad acostada del lado izquierdo ➤ Prevenir hipotensión ➤ Tratar hipertensión ➤ Si hay trabajo de parto prematuro inhibir contracciones con Nifedipina y administrar corticoide (Betametasona) ➤ RPM administrar la primera dosis de un antibiótico ➤ RPM y embarazo <37 SG administrar Eritromicina 250 mg ➤ Si existe posibilidad administrar oxígeno
Uno de los siguientes signos: ▪ Madre Rh negativa ▪ VDRL, test de VIH o hepatitis B positivos o desconocidos ▪ Gestación con algún riesgo	PARTO DE ALTO RIESGO	➤ Referir para atención del parto ➤ Si VDRL positivo iniciar tratamiento con P Benzatínica ➤ Si no hay prueba para VIH realice prueba rápida de inmediato ➤ Si la prueba para VIH es positiva siga protocolo de atención de parto y neonato de madre positiva y no inicie lactancia materna ➤ Dar consejería en cuidados del puerperio y lactancia materna
▪ Parto sin riesgo inminente o alto riesgo	PARTO DE BAJO RIESGO	➤ Indique libre deambulación durante el trabajo de parto e hidratación oral ➤ Atienda parto normal, con alumbramiento activo y pinzamiento tardío del cordón y apego precoz ➤ Asesoría sobre cuidados del puerperio y lactancia materna ➤ Asesoría sobre signos de alarma del puerperio

EVALUAR Y CLASIFICAR AL LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD

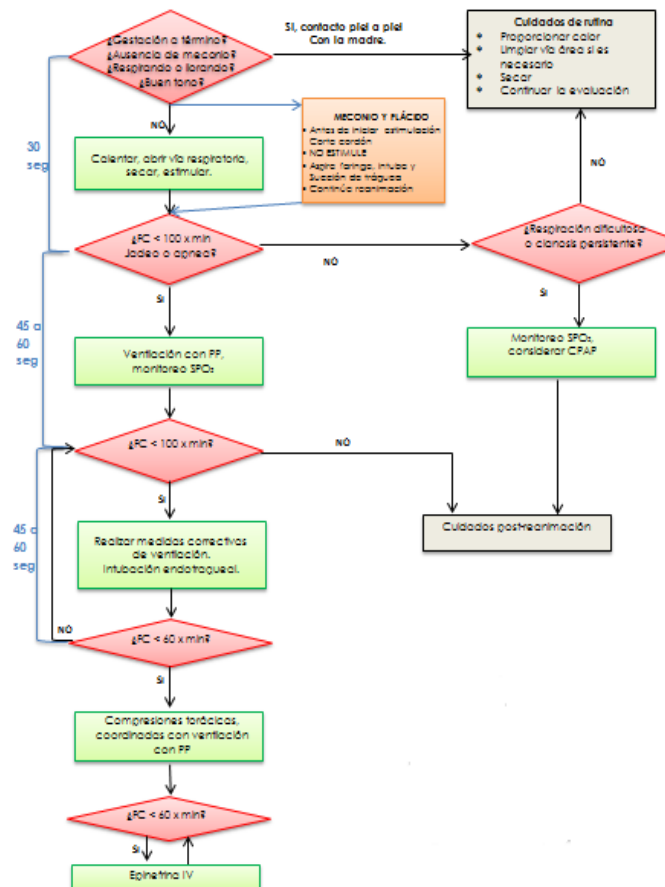
1. ALGORITMO DE REANIMACION NEONATAL

PREPARARSE PARA LA REANIMACIÓN

- » Reclutar personal adiestrado adicional con tiempo
- » Preparar el equipo necesario:
 - Ambiente de atención inmediata en sala de partos T° 24 - 26°C
 - Fuente de calor
 - Mesa de reanimación
 - Dos toallas o campos secos y tibios
 - Bolsa de presión positiva
 - Mascarillas para reanimación neonatal
 - Laringoscopio, hojas y tubos endotraqueales neonatales
 - Aspirador mecánico
 - Fuente de oxígeno
 - Guantes
 - Reloj con segundero
 - Jeringas
 - Epinefrina ampolla

SI HAY DISPONIBILIDAD PO2 PREDUCTAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO

* 1 minuto	60 – 65%
* 2 minutos	65 – 70%
* 3 minutos	70 – 75%
* 4 minutos	75 – 80%
* 5 minutos	80 – 85%
* 10 minutos	85 – 95%



2. EVALUAR Y CLASIFICAR EL RIESGO AL NACER

PREGUNTE:

Si la madre tuvo:

- ¿Gestación a término?
- ¿Líquido amniótico claro?
- ¿Ruptura prematura de membranas?
- Si es sí: ¿Hace cuánto tiempo?
- ¿Ha tenido o tiene fiebre?
- Si es sí: ¿Hace cuánto tiempo?
- Patologías durante la gestación
- ¿Es VIH positiva?
- ¿Tiene positivo para TORSH?
- ¿Es menor de 20 años, fuma, ingiere alcohol o drogas o tiene antecedente de violencia o maltrato?

Si el recién nacido:

- ¿Necesitó reanimación?

OBSERVE:

- La respiración
- El llanto
- La vitalidad
- Anomalías congénitas
- Lesiones
- severas
- debidas al parto
- Signos de infección intrauterina

DETERMINE:

- Peso y edad gestacional
- Talla
- Temperatura axilar
- Hemoclasificación

Uno de los siguientes:

- Peso al nacer < 2.000gr o > 4.000 gr
- Edad gestacional menor a 35 semanas
- Temperatura axilar < 35,5 o > 38°C
- Dificultad respiratoria
- Fiebre materna o Corioamnionitis
- RPM mayor de 12 horas
- Palidez o plétora o ictericia
- Infección intrauterina (TORCH/VIH)
- Anomalías congénitas mayores
- Lesiones severas debidas al parto
- Reanimación con ventilación con presión positiva o masaje cardíaco
- APGAR <7 a los 5 minutos

ALTO RIESGO AL NACER

- Referir **URGENTEMENTE** al hospital según las normas estabilización y transporte "REFIERA"
- Favorecer el contacto piel a piel cuando las condiciones de la madre y el niño lo permitan, evitar la hipotermia
- Evitar la hipoglicemia, iniciar calostro si es posible
- Si RPM es mayor de 12 horas iniciar la primera dosis de antibióticos recomendados
- Si es RN prematuro administrar primera dosis de antibióticos
- Si madre VIH positiva no dar lactancia materna e iniciar profilaxis antiretroviral en las primeras 6 horas
- Colocar en contacto piel a piel, evitar hipotermia
- Verificar cumplimiento de cuidados rutinarios

Uno de los siguientes:

- Peso al nacer entre 2000 y 2500 gr o entre 3800 y 4000 gr
- Edad gestacional entre 35 y 37 semanas (casi a término)
- Edad gestacional ≥ 42 semanas
- Reanimación sin presión positiva y sin masaje
- Anomalías congénitas menores
- Incompatibilidad Rh o de grupo
- Madre menor de 20 años.
- Madre con historia de ingesta de cigarrillo, drogas o alcohol
- Antecedente materno de violencia o maltrato
- Madre sin tamizaje para VIH y sífilis

MEDIANO RIESGO AL NACER

- REFERIR a consulta con pediatra en los siguientes 3 días
- Colocarlo en contacto piel a piel con su madre
- Iniciar Lactancia Materna en la primera ½ hora (Calostro).
- Aconsejar a la madre que debe mantener al recién nacido abrigado para evitar la hipotermia
- Verificar cumplimiento de cuidados inmediatos, hemoclasificación y TSH
- Si madre sin tamizaje para VIH, idealmente realizar prueba rápida en el momento del nacimiento y si es positiva NO iniciar lactancia materna y seguir recomendación de hijo de madre VIH positiva
- Iniciar esquema de vacunación según norma
- No dar alta hasta no asegurar que el neonato recibe adecuadamente lactancia materna
- Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato
- Incluir en programa de Crecimiento y desarrollo
- Si es pretérmino o BPN dar hierro al cumplir los 28 días e iniciar multivitamínicos y vitamina E desde el nacimiento
- Enseñar medidas preventivas específicas

Todos los siguientes:

- Vigoroso
- Llanto fuerte
- Respiración normal
- Activo
- Peso >2.500 gr o < 4.000 gr
- Edad gestacional >37 semanas y <42 semanas
- Ningún criterio para estar clasificado en las anteriores

BAJO RIESGO AL NACER

- Colocar en contacto piel a piel con su madre
- Iniciar Lactancia Materna en la primera ½ hora posparto
- Aconsejar a la madre que debe mantener al recién nacido abrigado para evitar hipotermia
- Verificar cumplimiento cuidados de rutina, hemoclasificación y TSH
- Iniciar esquema de vacunación según norma
- Enseñar a la madre sobre los cuidados del recién nacido en casa
- Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato
- Indicar a la madre que el recién nacido debe volver a consulta de seguimiento en 3 días
- Incluir en programa de crecimiento y desarrollo
- Enseñar medidas preventivas específicas

1. CUIDADOS INMEDIATOS RUTINARIOS DEL RECIÉN NACIDO



1. Secar al recién nacido



2. Contacto inmediato piel a piel
Con la madre



3. Valorar el Apgar al minuto



4. Pinzamiento del cordón y tamizaje para TSH y VIH



5. Identificar al recién nacido



6. Valorar APGAR a los 5 minutos

Forma de la OREJA (Pabellón)				
Forma de la OREJA (Pabellón)	Normal 100	Prominente 10	En abanico 10	En abanico 20
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA				
Formación del PEZON				
TEXTURA de la PIEL	May fina peteciosa	Fina lisa	May gruesa con deformación apexial	Grueso gruesa con deformación apexial
PILEGAS PLANTARES				
	6	6	10	15

7. Determinar la edad gestacional



8. Tomar medidas antropométricas



9. Administrar Vitamina K



10. Realizar profilaxis ocular
Y umbilical



11. Tomar temperatura e iniciar esquema de vacunación (BCG y hepatitis b)

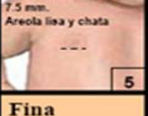
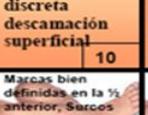
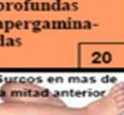
El ambiente térmico adecuado para el neonato es 24 a 26°C en sala de partos y 36° en la mesa donde se atenderá.

Lávase las manos siempre antes de tocar al recién nacido.

2. DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL Y CLASIFICAR POR PESO Y EDAD GESTACIONAL

DETERMINE LA EDAD GESTACIONAL POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN O ESTIME

MÉTODO CAPURRO

Forma de la OREJA (Pabellón)	 Aplanada, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde superior 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 PEZON	 Apenas visible sin areola 0	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola puntiada 10	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola puntiada 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 apergaminadas 20
PLIEGUES PLANTARES	 Sin pliegues 0	 Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	 Marcas bien definidas en la 1/2 anterior. Surcos en 1/2 anterior 10	 Surcos en la mitad anterior 15	 Surcos en mas de la mitad anterior 20

CALCULO

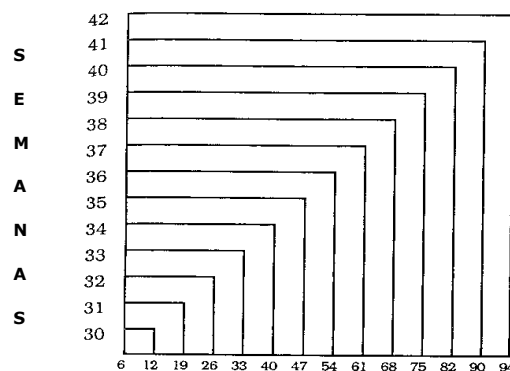
Se suman los puntajes totales de las 5 características

Al resultado se le suman 204 (constante). El resultado se divide entre 7 días.

CALCULO
Se suman los puntajes totales de las 5 características

Al resultado se le suman 204 (constante). El resultado se divide entre 7 días.

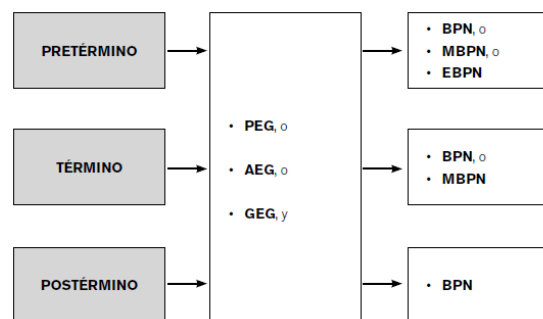
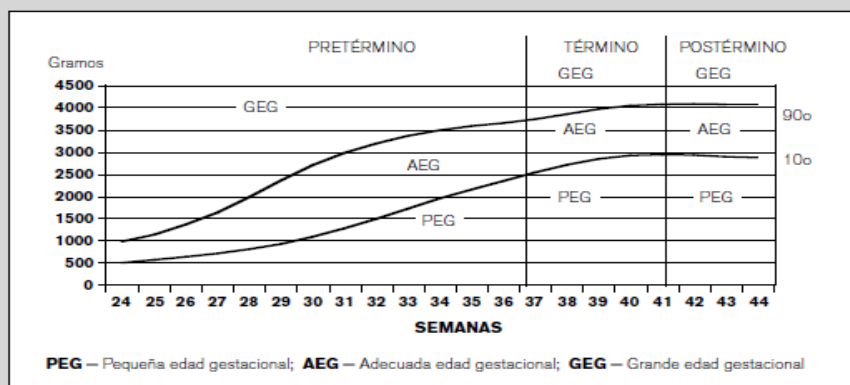
$$\text{Fórmula} = \frac{\text{TOTAL DE PUNTOS} + 204}{7 \text{ (días)}} = \text{SEMANAS DE GESTACIÓN}$$



Puntaje de los 5 parámetros

Cerezo R. Gráfico para calcular la edad gestacional en semanas, según el método de Capurro 1976

CLASIFIQUE POR PESO Y EDAD GESTACIONAL



3. EVALUAR Y CLASIFICAR ENFERMEDAD MUY GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN LOCAL

PREGUNTAR A LA MADRE QUÉ PROBLEMA TIENE EL NIÑO Y LUEGO:

PREGUNTAR:	OBSERVAR:
¿Puede tomar el pecho o beber? ¿Ha tenido vómito? ¿Tiene dificultad para respirar? ¿Ha tenido fiebre o hipotermia? ¿Ha tenido convulsiones?	- Se mueve sólo al estimularlo o "no luce bien" o "se ve mal", - Tiraje subcostal grave - Apnea - Aleteo nasal - Quejido, estridor, sibilancias - Cianosis, palidez o ictericia - Petequias, pústulas o vesículas en la piel - Secreción purulenta de ombligo, ojos u oídos - Distensión abdominal - Fontanela abombada
LÁVESE LAS MANOS ANTES Y DESPUÉS DE EXAMINAR AL NEONATO	DETERMINAR:
	- Peso - Frecuencia respiratoria y cardíaca - Temperatura axilar - Si tiene placas blanquecinas en la boca

Uno de los siguientes signos: - Se mueve solo al estímulo, letárgico "Se ve mal" o "lucen mal" o irritable - No puede tomar el pecho - Vomita todo lo que ingiere - Convulsiones - Palidez, cianosis central, ictericia precoz o importante por clínica o bilirrubinas - FR ≥ 60 o < 30 por min. - FC > 180 o < 100 por minuto - Llenado capilar mayor de 2 segundos - Temperatura axilar $< 35,5$ o > 38 °C - Fontanela abombada - Apneas - Aleteo nasal - Quejido, estridor o sibilancia - Tiraje subcostal grave - Secreción purulenta conjuntival más edema palpebral - Supuración de oído - Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas) - Eritema periumbilical - Equimosis, petequias o hemorragias - Distensión abdominal - VIH positivo (materna o neonatal) - Menos de 4 diuresis en 24 horas	ENFERMEDAD MUY GRAVE	- Referir URGENTEMENTE al hospital, según las normas de estabilización y transporte "REFIERA" - Administrar la primera dosis de los antibióticos recomendados - Administrar oxígeno si hay cianosis, tiraje, quejido o apnea - Prevenir la hipoglicemia - Administrar Acetaminofén para la fiebre - Administrar vitamina K si hay evidencia de sangrado. - Evitar la hipotermia, mantener abrigado - Recomendar a la madre que siga dándole lactancia si es posible durante el traslado - Revise resultados de tamizaje prenatal y neonatal (serología: VIH, sífilis y TSH), si no los tiene solicítelos. Si es positivo refiéralo
Uno de los siguientes signos: - Secreción purulenta con eritema conjuntival - Ombligo con secreción purulenta sin eritema que se extiende a la piel - Pústulas en la piel, pocas y localizadas - Placas blanquecinas en la boca	INFECCIÓN LOCAL	- Administrar un antibiótico recomendado o nistatina según corresponda - Continuar lactancia materna exclusiva - Enseñar a la madre a tratar las infecciones locales - Enseñar a la madre las medidas preventivas - Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato - Incluir en el programa de Crecimiento y desarrollo - Hacer el seguimiento 2 días después - Revise resultados de tamizaje prenatal y neonatal (serología: VIH, sífilis y TSH), si no los tiene solicítelos. Si es positivo refiéralo.
Ningún signo para clasificarse como ENFERMEDAD GRAVE O INFECCIÓN LOCAL	NO TIENE ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL	- Aconsejar a la madre para que siga dándole lactancia materna exclusiva - Enseñar los signos de alarma para regresar de inmediato - Enseñar a la madre medidas preventivas - Verificar inmunizaciones - Incluir en programa de Crecimiento y desarrollo - Revise resultados de tamizaje prenatal y neonatal (serología: VIH, sífilis y TSH), si no los tiene solicítelos. Si es positivo refiéralo

4. EVALUAR Y CLASIFICAR AL MENOR DE 2 MESES CON DIARREA

PREGUNTAR: ¿TIENE EL LACTANTE DIARREA?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA

PREGUNTAR:	OBSERVAR Y PALPAR:	CLASIFICAR EL ESTADO DE HIDRATACIÓN	Dos de los siguientes signos:	DESHIDRATACIÓN	➤ Referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA". En el caso de desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones de acuerdo a la estabilización específica contemplada ➤ Dar líquidos para la deshidratación, iniciar PLAN B o C según corresponda ➤ Aconsejar a la madre que continúe dando el pecho si es posible
			▪ Letárgico o Inconsciente ▪ Intranquilo o irritable ▪ Ojos hundidos ▪ Signo de pliegue cutáneo: La piel vuelve lentamente al estado anterior		
▪ ¿Desde cuándo? ▪ ¿Hay sangre en las heces?	▪ ¿Está letárgico o inconsciente? ▪ ¿Intranquilo o irritable? ▪ Determinar si tiene los ojos hundidos ▪ Signo de pliegue		▪ No tiene signos suficientes para clasificarse como deshidratación	NO TIENE DESHIDRATACIÓN	➤ Dar lactancia materna exclusiva ➤ Dar recomendaciones para tratar la diarrea en casa (PLAN A), sin iniciar ningún alimento ➤ Suplementación terapéutica con zinc por 14 días ➤ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato ➤ Enseñar a la madre las medidas preventivas ➤ Hacer seguimiento 2 días después
		SI TIENE DIARREA HACE 7 DÍAS O MÁS	▪ Tiene diarrea hace 7 días o más	DIARREA PROLONGADA	➤ Referir URGENTEMENTE al hospital, según las normas de estabilización y transporte "REFIERA". En el caso de desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones de acuerdo a la estabilización específica contemplada ➤ Recomendar a la madre que continúe dándole lactancia materna
		SI TIENE SANGRE EN HECES	▪ Tiene sangre en las heces	DIARREA CON SANGRE	➤ Referir URGENTEMENTE a un hospital, según las normas de estabilización y transporte "REFIERA". En el caso de desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones de acuerdo a la estabilización específica contemplada. ➤ Administrar dosis de vitamina K ➤ Administrar primera dosis de los antibióticos recomendados ➤ Recomendar a la madre que continúe dándole lactancia materna

5. VERIFICAR EL CRECIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL MENOR DE 2 MESES

PREGUNTAR:

- ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse?
- ¿Ha dejado de comer?
- ¿Desde cuándo?
- ¿Se alimenta con leche materna?
- ¿Le ofrece leche materna en forma exclusiva?
- ¿Cuántas veces en 24 horas?
- ¿Recibe otra leche, otro alimento o bebida?
- ¿Cuáles y con qué frecuencia?
- ¿Cómo prepara la otra leche?
- ¿Qué utiliza para alimentarlo?
- ¿Utiliza chupo?
- ¿Ha ganado o perdido peso recientemente?
- ¿Se ha enfermado en las dos últimas semanas?

OBSERVAR Y DETERMINAR:

- Peso para la talla
- Agarre y posición en el amamantamiento
- Succión eficaz

EL NIÑO LOGRA BUEN

AGARRE SI:

- Toca el seno con el mentón
- Tiene la boca bien abierta
- Tiene el labio inferior volteado hacia afuera
- La areola es más visible por encima de la boca que por debajo

EL NIÑO TIENE BUENA POSICIÓN SI:

- La cabeza y el cuerpo del niño están derechos
- En dirección al pecho de la madre, con la nariz del niño de frente al pezón
- Con el cuerpo del niño frente al cuerpo de la madre (barriga con barriga)
- La madre sosteniendo todo el cuerpo del niño, y no solamente el cuello y los hombros

EL NIÑO SUCCIONA BIEN SI:

- Succiona en forma lenta y profunda con pausas ocasionales

Uno de los siguientes:

- Peso/Talla < -2 DE
- Edema bilateral (+), (++) o (+++)
- Delgadez visible

Y alguno de los siguientes:

- Pérdida reciente de peso o dificultad para ganarlo.
- Alimentación inefectiva durante 15-20 minutos que detecte problemas en succión. Agarre, hipotonía, disfunción oral-motora u otras alteraciones
- Condición médica o social del niño que requiere evaluación o intervención
- Algun signo de peligro de muerte: Hipotermia, Fiebre, Hemoglobina < 4 g/dl o < 6g/dl con signos de dificultad respiratoria, piel con lesiones ulcerativas o extensas, riesgo de deshidratación: diarrea, vómito persistente y rechazo vía oral
- Alguno de los signos de enfermedad muy grave, incluyendo prueba de apetito negativa o frecuencia respiratoria aumentada para la edad

DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA O SEVERA DEL MENOR DE 6 MESES

Uno de los siguientes:

- No hay agarre
- No succiona nada
- Pérdida de peso del 10% o mayor en la primera semana
- Tendencia del peso descendente después de los 7 días de edad

PROBLEMA SEVERO DE ALIMENTACIÓN

Uno de los siguientes:

- Peso/Talla: $\geq -2y < -1$ DE
- Peso al nacer menor de 2.500 gramos.
- Niño con antecedente de prematuréz (Nacido con menos de 37 semanas).

EN RIESGO DE DESNUTRICIÓN

Uno de los siguientes:

- Tendencia de peso horizontal
- Pérdida de peso del 7 a <10% en la primera semana
- Agarre deficiente
- No succiona bien
- Se alimenta al pecho menos de 8 veces en 24 horas
- Recibe otros alimentos o bebidas

PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN

➤ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización "REFIERA" para niños con desnutrición aguda severa o moderada con complicaciones considerando que se trata de una URGENCIA VITAL

- Continúe con lactancia materna
- Trate la hipoglicemia
- Trate y prevenga la hipotermia
- Prevenga y trate la deshidratación especialmente si hay diarrea
- Dar primera dosis de antibiótico apropiado según la infección
- Administre Acido fólico
- Tratar la anemia grave si cuenta con globulos rojos empaquetados
- Tratar la dermatosis
- Si cuenta con Formula terapéutica F-75 inicie administración si hay estado de alerta, si ha mejorado la dificultad respiratoria y luego de 8 horas de rehidratación. En el caso de los niños que reciben lactancia materna al ingreso o logran relactancia exitosa, administrara la F-75 mediante la técnica de suplementación por succión.
- Debe estar alerta sobre la posibilidad de Síndrome de Realimentación y de Sobrehidratación al iniciar el manejo nutricional.
- Dar dosis de vacunas que requiera según esquema.

Referir a pediatría al niño que nació con menos de 2500 gr y prematuro y no ha sido valorado por pediatra o manejado en programa Canguro.

Si el niño recibe pecho:

- Aconsejar a la madre que le dé el pecho las veces y el tiempo que el niño quiera de día y de noche, mínimo 8 veces al día
- Si el niño tiene agarre deficiente o no mama bien, enseñar a la madre la posición y el agarre correctos
- Si recibe otros alimentos o líquidos: aconsejar a la madre que le dé el pecho más veces, reduciendo los otros alimentos o líquidos hasta eliminarlos y que no use biberón.
- Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y junto con la complementaria por

▪ Recibe fórmula		lo menos hasta los 2 años de edad. ➢ Tratar a la madre si presenta molestias en las mamas. Si el niño no se alimenta al pecho: ➢ Referir para asesoramiento sobre lactancia materna ➢ Iniciar un suplemento vitamínico recomendado ➢ En caso necesario enseñar a preparar una fórmula y a usar una taza En todos los niños: ➢ Hacer el seguimiento para problema de alimentación 2 días después ➢ Hacer el seguimiento de peso 7 días después ➢ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato ➢ Remitir a consulta de pediatría ➢ Incluir en consulta de crecimiento y desarrollo ➢ Enseñar medidas preventivas específicas.
Todos los siguientes: ▪ Peso/Talla >-1 DE ▪ No hay ningún problema de alimentación ▪ Tendencia de crecimiento ascendente	ADECUADAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y PESO ADECUADO	➢ Enseñar a la madre los cuidados del niño en el hogar ➢ Elogiar a la madre porque lo alimenta bien e indicar la importancia de lactancia exclusiva por 6 meses ➢ Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato ➢ Control de peso en 30 días en consulta de crecimiento y desarrollo

PUNTO DE CORTE (DESVIACIONES ESTANDAR)	INTEPRETACION	CLASIFICACION PESO PARA TALLA
Entre -1 y +1 DS	ADECUADO	PESO ADECUADO PARA LA TALLA
Por debajo de -1 hasta o igual a -2 DS	RIESGO POR DESNUTRICION	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA
Entre -2 hasta o igual a -3 DS	DESNUTRICION	DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA
Por debajo de -3 DS		DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA

OBSERVACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

SIGNOS DE UNA BUENA LACTANCIA

SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD

GENERALES

Madre:

- ☐ Se ve saludable
- ☐ Está relajada y cómoda
- ☐ Signos de vínculo afectivo madre/niño

- ☐ Se ve enferma o deprimida
- ☐ Está tensa e incómoda
- ☐ No existe contacto visual madre/hijo

Lactante:

- ☐ Se ve saludable
- ☐ Está calmado y relajado
- ☐ Busca el pecho si tiene hambre

- ☐ Se ve somnoliento o enfermo
- ☐ Está inquieto o llorando
- ☐ No busca el pecho

PECHOS

- ☐ Están sanos
- ☐ No presentan dolor o molestias
- ☐ Sostiene el pecho con los dedos en el pezón
- ☐ Pezón protruye, es protráctil

- ☐ Enrojecidos, hinchados o con úlceras
- ☐ Dolor en el pecho o el pezón
- ☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola, lejos de la areola
- ☐ Pezón plano, no es protráctil

POSICIÓN DEL BEBÉ DURANTE LA LACTANCIA

- ☐ La cabeza y el cuerpo están alineados
- ☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre
- ☐ Todo el cuerpo del lactante es sostenido
- ☐ Aproximación al pecho, nariz al pezón

- ☐ El cuello y la cabeza están torcidos
- ☐ El lactante no está en contacto
- ☐ Sólo se sostiene la cabeza y el cuello
- ☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO

- ☐ Se ve más areola por encima del labio superior
- ☐ La boca está bien abierta
- ☐ El labio inferior hacia afuera
- ☐ El mentón toca el pecho

- ☐ Más areola por debajo del labio inferior
- ☐ La boca no está muy abierta
- ☐ Labios apuntan adelante o hacia adentro
- ☐ El mentón no toca el pecho

SUCCIÓN

- ☐ Succiones lentas, profundas con pausas
- ☐ Las mejillas están redondeadas mientras succiona
- ☐ Se retira del pecho cuando ha acabado
- ☐ La madre nota signos del reflejo de oxitocina*

- ☐ Succiones rápidas, superficiales
- ☐ Las mejillas están tensas o chupadas hacia adentro cuando succiona
- ☐ La madre retira al lactante del pecho
- ☐ No se advierte signos del reflejo de la oxitocina*

*Signos de un reflejo de oxitocina activo:

- Sensación de cosquilleo en el pecho antes o durante la lactancia
- La leche fluye de los pechos cuando la madre piensa en el lactante o lo escucha llorar
- La leche fluye del otro pecho cuando el lactante está succionando
- La leche fluye del pecho a chorros cuando se interrumpe la succión
- Succiones lentas y profundas y deglución de leche, demuestra que la leche fluye a la boca del lactante
- Dolor o un leve sangrado uterino
- Sed durante la mamada

6. EVALUAR Y CLASIFICAR EL DESARROLLO DE TODOS LOS MENORES DE 2 MESES

PREGUNTAR

- ¿Cómo fue el embarazo?
- ¿Cuánto tiempo duró?
- ¿Cómo fue el parto?
- ¿Cuánto peso el niño al nacer?
- ¿Presentó algún problema después del nacimiento?
- ¿Ha presentado el niño algún problema serio de salud hasta hoy?
- ¿Usted y el padre del niño son parientes?
- ¿Existe alguna persona en la familia con un problema mental o físico?
- ¿Cómo y con quién juega? ¿Dónde está la mayor parte del tiempo?
- ¿Cómo ve el desarrollo de su hijo?

VERIFIQUE LA CONDICIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Utilice el cuadro del desarrollo, observe la edad del niño y realice las condiciones de su grupo de edad.

DETERMINAR EL PERÍMETRO CEFÁLICO

Uno de los siguientes:

- Ausencia de uno o más reflejos/posturas/habilidades para el grupo de edad anterior en el lactante de 1 a 2 meses
- En el menor de 1 mes, ausencia de uno o más reflejos/habilidades/posturas de su grupo de edad
- Perímetro cefálico < de -2 DE ó > de +2 DE para la edad
- Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas

- Ausencia de una o más de las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño, si el niño es mayor de 1 mes

- El niño cumple todas las condiciones para su grupo de edad pero existen factores de riesgo

- Cumple todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño y no hay factores de riesgo

PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO

RIESGO DE PROBLEMA EN EL DESARROLLO

DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO

DESARROLLO NORMAL

- Refiera a una evaluación del neurodesarrollo por especialista (pediatra)
- Consulta de seguimiento en la siguiente semana para evaluar que sucedió en la consulta de referencia
- Enseñe signos de alarma para regresar de inmediato
- Recomendación de cuidados en casa y medidas preventivas específicas

- Aconseje a la madre sobre estimulación de su hijo de acuerdo a la edad
- Realice consulta de seguimiento a los 30 días
- Enseñe a la madre signos de alarma para regresar de inmediato
- Medidas preventivas dirigidas específicamente a los factores de riesgo modificables

- Felicite a la madre
- Aconseje a la madre para que continúe estimulando a su hijo de acuerdo a su edad
- Enseñe a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato

CONDICIONES POR GRUPO DE EDAD

➤ MENOR DE UN MES:

- ⇒ Reflejo de Moro
- ⇒ Reflejo Córleo-palpebral
- ⇒ Reflejo de succión
- ⇒ Brazos y piernas flexionadas
- ⇒ Manos cerradas

➤ UN MES A MENOS DE 2 MESES DE EDAD:

- ⇒ Vocaliza
- ⇒ Movimiento de piernas alternado
- ⇒ Sonrisa social
- ⇒ Sigue los objetos en la línea media

En TODOS los casos preguntar sobre el problema del niño y luego:

EVALUAR Y CLASIFICAR A LA NIÑA O EL NIÑO DE DOS MESES A CINCO AÑOS DE EDAD

1. VERIFICAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

PREGUNTAR:

- ¿Puede el niño beber o tomar el pecho?
- ¿Vomita todo lo que ingiere?
- ¿Ha tenido el niño convulsiones?

OBSERVAR:

- Verificar si el niño está letárgico o inconsciente

Uno de los siguientes signos:

- No puede beber o tomar el pecho
- Vomita todo
- Convulsiones
- Letárgico o inconsciente

ENFERMEDAD MUY GRAVE

➤ Referir **URGENTEMENTE** al hospital según las normas de Estabilización y transporte **"REFIERA"**

- Completar de inmediato la evaluación y el examen físico
- Administrar oxígeno
- Evaluar y clasificar la convulsión según el capítulo EPILEPSIA e inicie el plan de manejo adecuado

2. EN SEGUIDA, PREGUNTAR POR LOS SÍNTOMAS PRINCIPALES:

2.1. ¿TIENE EL NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:

PREGUNTAR

- ¿Cuánto tiempo hace?
- Si hay sibilancias:
 - ¿Es el primer episodio?
 - ¿Es recurrente?
 - ¿Tiene cuadro gripal previo?
 - ¿Ha presentado apneas?
 - ¿Fue prematuro?

OBSERVAR Y ESCUCHAR:

- Contar las respiraciones en un minuto
- Observar si hay tiraje subcostal
- Observar y determinar si presenta saturación de $O_2 < 92\%$ ($< 90\%$ en altura > 2500 msnm)
- Observar y auscultar si hay estridor
- Observar y auscultar si hay sibilancias
- Si está somnoliento
- Si hay incapacidad para beber

CLASIFICAR LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

CLASIFICAR LA TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

SI EL NIÑO TIENE:	EL NIÑO TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI USTED CUENTA:
Menos de 2 meses	60 respiraciones o más por minuto
2 a 11 meses	50 respiraciones o más por minuto
12 meses a 5 años:	40 respiraciones o más por minuto.

Uno de los siguientes signos: ▪ Cualquier signo general de peligro ▪ Tiraje subcostal ▪ Saturación de O_2 al aire ambiente $< 92\%$ (o $< 90\%$ si vive en una altura superior a 2,500 msnm)	NEUMONÍA GRAVE	➢ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA" ➢ Administrar oxígeno ➢ Administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado ➢ Tratar la fiebre ➢ Si hay neumonía severa que requiere UCI descarte VIH
▪ Respiración rápida	NEUMONÍA	➢ Dar un antibiótico apropiado ➢ Tratar la fiebre ➢ Aliviar los síntomas (obstrucción nasal y tos) con aseo nasal y bebidas endulzadas ➢ Enseñar a la madre a cuidar el niño en casa ➢ Enseñar a la madre signos de alarma para volver de inmediato. ➢ Hacer consulta de seguimiento 2 días después ➢ Enseñar medidas preventivas específicas ➢ Si hay neumonía a repetición (más de 2 al año) siga recomendación de protocolo de VIH
▪ Tos y ninguno de los signos anteriores	TOS O RESFRIADO	➢ Tratar la fiebre ➢ Aliviar los síntomas (obstrucción nasal y tos) con aseo nasal y bebidas endulzadas ➢ Enseñar a la madre a cuidar el niño en casa ➢ Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato ➢ Si no mejora, consulta de seguimiento 5 días después ➢ Si hace más de 21 días que el niño tiene tos, evalúelo según el cuadro de clasificación de Tuberculosis.

SI NO HAY OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

2.2. ¿TIENE EL NIÑO DIARREA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:

CLASIFICAR
ESTADO DE
HIDRATACIÓN

PREGUNTAR:

- ¿Cuánto tiempo hace?
- ¿Hay sangre en las heces?
- ¿Tiene vómito?
- ¿Cuántos vómitos ha tenido en las últimas 4 horas?
- ¿Cuántas deposiciones en las últimas 24 horas?
- ¿Cuántas en las últimas 4 horas?
- ¿Qué alimentos ha recibido el niño?
- ¿Qué líquidos ha recibido?
- ¿Ha recibido medicamentos?

OBSERVAR Y DETERMINAR:

- Estado general del niño: ¿Está alerta, intranquilo o irritable; letárgico o inconsciente?
- Los ojos están normales o hundidos.
- Cuando se le ofrece agua o solución de SRO para beber, ¿La toma normalmente o la rechaza; la toma con avidez o es incapaz de beber?
- La turgencia cutánea: ¿Se recupera el pliegue cutáneo de inmediato, lentamente o muy lentamente (más de 2 segundos)?
- Estado nutricional

Dos de los siguientes signos:

- Letárgico o inconsciente
- Ojos hundidos
- No puede beber o bebe con dificultad
- El pliegue cutáneo se recupera muy lentamente (≥ 2 segundos)

DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE

- Si tiene otra clasificación grave: referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA". En el caso de desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones de acuerdo a la estabilización específica contemplada

- Si el niño no tiene otra clasificación grave: Hidratar como se describe en el PLAN C

Dos de los siguientes signos:

- Intranquilo o irritable
- Ojos hundidos
- Bebe ávidamente con sed
- El pliegue cutáneo se recupera lentamente (< 2 segundos)

DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN

- Si tiene otra clasificación grave referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA", con la madre administrando SRO. En el caso de desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones de acuerdo a la estabilización específica contemplada

- Hidratar como se describe en el PLAN B con SRO
- Suplementación terapéutica con zinc
- Continuar la lactancia materna
- Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato
- Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa

Uno de los siguientes signos:

- Diarrea de alto gasto
- Vómito persistente
- Rechazo a la vía oral

DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN

- Si tiene otra clasificación grave referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de referencia, con la madre administrando SRO. En el caso de desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones de acuerdo a la estabilización específica contemplada

- Dar SRO y alimentos en la institución, PLAN A SUPERVISADO
- Suplementación terapéutica con zinc
- Reevaluar mientras administra PLAN A, si persiste alto gasto o vómito o no recibe los líquidos remitir al hospital para tratamiento.
- Continuar la lactancia materna
- Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato
- Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa

No hay suficientes signos para clasificarse en ninguna de las anteriores

DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN

- Dar líquidos y alimentos para tratar la diarrea en casa PLAN A
- Suplementación terapéutica con zinc
- Enseñar a la madre los signos de alarma para volver de inmediato
- Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa
- Enseñar medidas preventivas específicas

**SI TIENE DIARREA
HACE 14 DÍAS O
MÁS**

Uno de los siguientes signos:

- Tiene deshidratación
- Edad menor de 6 meses

**DIARREA
PERSISTENTE
GRAVE**

- Referir al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA". En el caso de desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones de acuerdo a la estabilización específica contemplada
- Tratar la deshidratación antes de enviar al hospital a menos que tenga otra clasificación grave
- Administrar dosis adicional de vitamina A
- Descartar VIH según protocolo.

Todos los siguientes signos:

- No tiene deshidratación
- Edad mayor de 6 meses

**DIARREA
PERSISTENTE**

- Enseñar a la madre como alimentar al niño con DIARREA PERSISTENTE
- Suplementación terapéutica con Zinc
- Administrar una dosis adicional de vitamina A
- Administrar suplemento de vitaminas y minerales,
- Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato
- Consulta de seguimiento 2 días después
- Enseñar medidas preventivas
- Descartar VIH según protocolo

**SI HAY SANGRE
EN HECES**

- Sangre en las heces

DISENTERÍA

- Administrar un antibiótico apropiado
- Suplementación terapéutica con zinc
- Tratar la deshidratación según el plan indicado
- Hacer consulta de seguimiento 2 días después
- Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato si empeora
- Enseñar medidas preventivas específicas

2.3. ¿TIENE EL NIÑO FIEBRE? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:

CLASIFICAR EL RIESGO DE LA ENFERMEDAD FEBRIL

PREGUNTAR:

- ¿Cuánto tiempo hace?
- Si hace más de 5 días:
¿Ha tenido fiebre todos los días?
- Procede o visitó en los últimos 15 días un área de transmisión de Malaria o un área de riesgo de Dengue (Cualquier región con Altura inferior a 2.200msnm)
- Presenta cefalea, dolor retroocular, mialgias, postración, dolor abdominal continuo e intenso, vómitos persistentes.

OBSERVAR Y DETERMINAR:

- El aspecto: ¿es tóxico?
- ¿Apariencia de enfermo grave?
- Evaluar la actitud y respuesta frente al estímulo social
- Determinar si tiene rigidez de nuca
- Evaluar las características de la piel
- Prueba de torniquete y medir TA,
- Determinar si hay manifestaciones de sangrado
- Evaluar el estado de hidratación
- Presencia de erupción cutánea generalizada
- Evaluar si hay otros signos de infección grave (celulitis, artritis, etc.)
- Realizar Cuadro hemático, PCR o gota gruesa si corresponde

Uno de los siguientes signos:

- Edad < 3 meses y fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Edad 3 a 6 meses y fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ sin foco aparente
- Cualquier signo general de peligro
- Rigidez de nuca
- Aspecto tóxico o apariencia de enfermo grave para el profesional
- Ninguna respuesta al estímulo social
- Piel pálida, moteada, ceniza o azul
- Manifestaciones de sangrado
- Rash o eritema que no cede a la presión
- Manifestaciones focales de otras infecciones graves (celulitis extensa, artritis, etc.)

ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO

- Referir **URGENTEMENTE** al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA"
- Administrar la primera dosis de un antibiótico adecuado
- Tratar la fiebre
- Tratar las convulsiones
- Prevenir la hipoglucemia
- Garantizar adecuada hidratación
- Administrar oxígeno

Uno de los siguientes:

- Fiebre por 5 días o más
- Edad entre 6 meses y 2 años con fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ sin foco aparente
- Respuesta inadecuada al estímulo social: no sonrisa, disminución de actividad, se despierta cuando se estimula

ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO

- Realizar Hemograma y Parcial de Orina, si no es posible referir.
- Hemograma: >15.000 leucocitos o >10.000 neutrófilos, tratar como **ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO**
- Hemograma: <4000 leucocitos o <100.000 plaquetas **REFERIR**
- Parcial de orina compatible con infección urinaria (pielonefritis) **REFERIR**.
- Tratar la fiebre
- Asegurar adecuada hidratación por vía oral
- Si ha tenido fiebre más de 7 días **REFERIR**
- Hacer consulta de seguimiento en 2 días
- Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato

- Fiebre y no tiene signos para clasificarse en ninguna de las clasificaciones anteriores

ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO BAJO

- Tratar la fiebre
- Asegurar adecuada hidratación por vía oral
- Hacer consulta de seguimiento en 2 días si persiste la fiebre
- Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato
- Enseñar medidas preventivas específicas

VIVE O VISITÓ
ÁREA DE
MALARIA

Vive, procede o visito en los últimos 15 días un área de riesgo para malaria Y tiene cualquier signo de ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO

MALARIA COMPLICADA

- Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA"
- Tomar gota gruesa, si es positiva administrar primera dosis de Artesunato sódico IV (contraindicado en menores de 6 meses), si no está disponible utilizar 2ª línea: Diclorhidrato de quinina IV.
- Si es negativa, administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado para ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO
- Prevenir la hipoglicemia
- Tratar la fiebre
- Tratar las convulsiones
- Garantizar adecuada hidratación
- Administrar oxígeno

Vive, procede o visito en los últimos 15 días un área de riesgo para malaria y uno de los siguientes:

- Fiebre y procede de un área rural
- Fiebre sin causa aparente y procede de un área urbana

MALARIA

- Tomar gota gruesa: si es positiva iniciar tratamiento para MALARIA, según el plasmodium
- Si gota gruesa negativa tratar como ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO O BAJO y realizar gota gruesa cada 12 horas por 48 horas
- Tratar la fiebre
- Asegurar adecuada hidratación por vía oral
- Hacer consulta de seguimiento en 2 días
- Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato
- Enseñar medidas preventivas específicas

SI EL NIÑO VIVE O VISITÓ EN LOS 15 DÍAS ANTES DEL INICIO DE LOS SÍNTOMAS UN ÁREA ENDÉMICA DE DENGUE (CUALQUIER REGIÓN DEL PAÍS CON UNA ALTURA INFERIOR A 2.200 MSNM) Y PRESENTA FIEBRE DE 39 – 40°C DE INICIO SÚBITO SIN FOCO APARENTE Y DOS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: CEFALEA, DOLOR RETROOCULAR, MIALGIAS, ARTRALGIAS, POSTRACIÓN, EXANTEMA O HEMOGRAMA SUGESTIVO DE ENFERMEDAD VIRAL.



TIENE UN PROBABLE DENGUE

CLASIFIQUE LA SEVERIDAD DEL DENGUE

Uno de los siguientes signos de gravedad: ▪ Hipotensión arterial o P.A. convergente (P.A. diferencial <20) ▪ Extremidades frías y cianóticas ▪ Pulso rápido y fino ▪ Llenado capilar lento (>2 segundos) ▪ Dificultad respiratoria con tiraje y signos de derrame pleural ▪ Ascitis ▪ Rigidez de nuca ▪ Letargia o inconsciencia ▪ Convulsiones ▪ Compromiso neurológico: sensibilidad, fuerza o lateralización ▪ Hemorragias severas ▪ TGO o TGP ≥ 1.000 ▪ Cualquier compromiso severo de órganos	DENGUE GRAVE	➢ Referir URGENTEMENTE a Unidad de Cuidado Intensivo según las normas de estabilización y transporte 'REFIERA' ➢ Iniciar hidratación IV según el plan de hidratación del paciente con dengue ➢ Administrar oxígeno ➢ Tratar la fiebre y el dolor con Acetaminofén ➢ Notificación inmediata
Uno de los siguientes signos de alarma: ▪ Dolor abdominal continuo e intenso ▪ Vómitos persistentes ▪ Diarrea ▪ Somnolencia y/o irritabilidad ▪ Hipotensión postural/lipotimias ▪ Hepatomegalia dolorosa > 2 cm ▪ Disminución de diuresis ▪ Disminución repentina de temperatura/hipotermia ▪ Hemorragias en mucosas ▪ Leucopenia (<4.000) ▪ Aumento del hematocrito $\geq 20\%$ ▪ Trombocitopenia (<100.000) ▪ Edad menor de 5 años	DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA	➢ Dejar en observación o Referir para hospitalización y tratamiento según las normas de estabilización y transporte 'REFIERA' ➢ Hidratación IV según el plan de hidratación del niño con dengue ➢ Dar abundantes líquidos orales ➢ Tratar la fiebre y el dolor con Acetaminofén ➢ Reposo en cama ➢ Notificación inmediata ➢ Monitoreo de signos vitales ➢ Monitoreo de gasto urinario ➢ Control de laboratorios según esquema de seguimiento del paciente con Dengue y signos de alarma
No cumple criterios para clasificarse como DENGUE GRAVE O DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA	PROBABLE DENGUE	➢ Dar abundantes líquidos por vía oral, según plan B de hidratación ➢ Reposo en cama ➢ Tratar la fiebre y el dolor con Acetaminofén ➢ Control en el servicio cada 24 horas hasta 48 horas después de la de la caída de la fiebre ➢ Enseñar signos de alarma para consultar de inmediato ➢ Hemograma inicial y de control al caer la fiebre ➢ Enseñar medidas preventivas específicas ➢ Notificar según indicación de vigilancia en Salud Pública

2.4. ¿TIENE EL NIÑO PROBLEMAS DE OÍDO? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA O EL NIÑO TIENE FIEBRE:

PREGUNTAR

- ¿Tiene dolor de oído?
- ¿Le está supurando el oído?
- En caso afirmativo:
- ¿Hace cuánto tiempo?
- ¿Ha tenido más episodios de Otitis Media? Si la respuesta es afirmativa:
- ¿Cuántos en los últimos 6 meses y en el último año?

OBSERVAR Y PALPAR:

- Observar si hay supuración de oído
- Observar si el tímpano está rojo y abombado
- Palpar para determinar si hay inflamación dolorosa detrás de la oreja

▪ Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja	MASTOIDITIS	➤ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA" ➤ Administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado ➤ Tratar la fiebre y el dolor
▪ Supuración del oído por 14 días o más	OTITIS MEDIA CRÓNICA	➤ Administrar un antibiótico tópico apropiado ➤ Secar el oído que supura con mecha ➤ Tratar la fiebre y el dolor ➤ Referir a consulta especializada ➤ Enseñar a la madre signos de alarma para volver de inmediato ➤ Enseñar medidas preventivas ➤ Hacer control 14 días después ➤ Sospeche inmunodeficiencia, realice prueba de VIH y remita a infectología
Uno de los siguientes: ▪ 3 o más episodios de OTITIS MEDIA AGUDA en los últimos 6 meses ▪ 4 episodios de OTITIS MEDIA AGUDA en el último años	OTITIS MEDIA RECURRENTE	➤ Administrar un antibiótico apropiado ➤ Secar el oído que supura con mecha ➤ Tratar la fiebre y el dolor ➤ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato ➤ Hacer consulta de seguimiento 2 días después ➤ Enseñar medidas preventivas ➤ Solicite prueba de VIH y remita a infectología
Uno de los siguientes: ▪ Tímpano rojo Y abombado por otoscopia ▪ Dolor de oído ▪ Supuración del oído menor de 14 días	OTITIS MEDIA AGUDA	➤ Administrar un antibiótico apropiado ➤ Secar el oído que supura con mecha ➤ Tratar la fiebre y el dolor ➤ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato ➤ Hacer consulta de seguimiento 2 días después ➤ Enseñar medidas preventivas
▪ No tiene criterios para clasificarse en ninguna de las anteriores	NO TIENE OTITIS MEDIA	➤ Ningún tratamiento adicional ➤ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato

2.5. ¿TIENE EL NIÑO PROBLEMAS DE GARGANTA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA O TIENE FIEBRE:

PREGUNTAR

- ¿Tiene dolor de garganta?
- ¿Tiene fiebre?
- ¿Qué edad tiene?

OBSERVAR Y PALPAR:

- Observar si las amígdalas están eritematosas con exudado confluyente blanquecino-amarillento
- Palpar el cuello, determinar si hay adenomegalia cervical anterior dolorosa.

Todos los siguientes:

- Edad de 3 años o mayor con fiebre
- Amígdalas eritematosas con exudado confluyente blanquecino-amarillento
- Ganglios crecidos y dolorosos en cuello

FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA

- Aplicar dosis de P. Benzatínica
- Tratar la fiebre y el dolor
- Dar abundantes líquidos fríos
- Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato

Uno de los siguientes:

- Criterios anteriores en el menor de 3 años o sin fiebre
- Amígdalas eritematosas con o sin exudado blanquecino amarillento sin ganglios crecidos y dolorosos en cuello

FARINGOAMIGDALITIS VIRAL

- Tratar la fiebre y el dolor
- Dar abundantes líquidos fríos
- Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato

- No tiene criterios para clasificarse en ninguna de las anteriores

NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS

- Dar abundantes líquidos
- Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato

3. EN SEGUIDA, VERIFICAR EN TODOS LOS NIÑOS LA SALUD BUCAL

PREGUNTAR

- ¿Tiene dolor o molestia al comer, masticar o abrir la boca?
- ¿Tiene dolor específicamente en algún diente?
- ¿Ha tenido algún golpe (trauma) en la cara o la boca?
- ¿Tienen los padres, hermanos o el cuidador caries o enfermedad periodontal?
- ¿Cuándo le limpia la boca a su hijo?
- ¿Cómo realiza y supervisa a su hijo durante la limpieza de los dientes?
- ¿Con qué le limpia la boca al niño?
- ¿Cuándo fue la última consulta con el odontólogo?
- ¿Usa biberón o chupo?
- ¿Durante la noche el niño duerme sin que le hayan limpiado los dientes?

OBSERVAR Y PALPAR:

- Presencia inflamación dolorosa con algún grado de edema facial.
- Enrojecimiento e inflamación dolorosa localizada o deformación del contorno de la encía:
 - ✦ Presencia de exudado purulento
 - ✦ Presencia de vesículas, úlceras o placas en labios, encías, lengua o paladar
- ✦ Enrojecimiento e inflamación localizada de la encía
- Antecedente de trauma observar presencia de:
 - ✦ Cambio de color evidente del diente
 - ✦ Fractura evidente del tejido dental
 - ✦ Movilidad (no asociada a recambio dental)
 - ✦ Desplazamiento, extrusión o intrusión del diente.
 - ✦ Avulsión completa (pérdida del diente)
 - ✦ Lesión de la encía o mucosas bucales
- Presencia de manchas blancas o cafés en los dientes
- Caries cavitacionales
- Presencia de placa bacteriana

• Información dolorosa con algún grado de edema facial	CELULITIS FACIAL	> Remitir URGENTEMENTE según normas de estabilización y transporte "REIERA" > Iniciar primera dosis de los antibióticos > Valoración para manejo por odontólogo
Uno de los siguientes: • Información dolorosa del labio que no involucre surcos • Enrojecimiento e inflamación dolorosa localizada, con deformación del contorno de la encía o paladar (absceso). • Presencia de exudado purulento • Caries cavitacionales • Dolor dental	ENFERMEDAD BUCAL GRAVE	> Remitir URGENTEMENTE para tratamiento por odontología en las siguientes 24 horas > Iniciar antibiótico oral si hay absceso según recomendación > Tratar el dolor
Antecedente de trauma y uno de los siguientes: • Cambio de color evidente del diente • Fractura evidente del tejido dental • Movilidad (no asociada a recambio dental), desplazamiento, extrusión o intrusión del diente • Avulsión completa (pérdida del diente) • Lesión de la encía o mucosas bucales	TRAUMA BUCODENTAL	> Remitir URGENTEMENTE para tratamiento por odontología en el menor tiempo dentro de las siguientes 24 horas > Descartar compromiso mayor. > Realizar manejo inicial de la lesión. > Tratar el dolor con Acetaminofén > Dieta líquida > Manejo inmediato de avulsión de diente permanente según recomendaciones y remisión inmediata a odontólogo.
Uno de los siguientes: • Presencia de vesículas, úlceras o placas en labios, encías, lengua o paladar • Enrojecimiento e inflamación generalizada de la encía	ESTOMATITIS	> Remitir a odontología > Tratar la fiebre y el dolor con Acetaminofén > Manejo tópico de las lesiones > Dar abundantes líquidos fríos > Según tipo de estomatitis tratar con antibióticoterapia o con nistatina > Signos de alarma para regresar de inmediato > Control en 2 días si no mejora la estomatitis > Enseñanza, refuerzo y motivación para prácticas de higiene bucal y adecuada alimentación
Uno de los siguientes: • Enrojecimiento e inflamación localizada de la encía (gingivitis). • Presencia de manchas blancas o cafés	ENFERMEDAD DENTAL Y GINGIVAL	> Remitir a consulta odontológica en un periodo no mayor 8 días > Enseñanza, refuerzo y motivación para prácticas de higiene bucal y adecuada alimentación
Uno de los siguientes: • Presencia de placa bacteriana • Inadecuados hábitos de cuidado bucal: - Los padres no cepilan los dientes del niño - No ha consultado a odontología en los últimos 6 meses • Uso de biberón durante toda la noche • Historia personal o familiar de caries o enfermedad periodontal.	ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL	> Remitir a consulta odontológica en las siguientes 15 días > Enseñanza, refuerzo y motivación para prácticas de higiene bucal y adecuada alimentación > Control al mes para evaluar la corrección de hábitos. > Asegurar consulta de crecimiento y desarrollo
Todos los siguientes: • No cumple criterios para clasificarse en los anteriores • Familia que realiza limpieza de la boca del niño y enseña hábitos de cuidado e higiene bucal • Ha ido al odontólogo en los últimos 6 meses	BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL	> Felicitar al niño y a los padres como FAMILIA PROTECTORA DE LA SALUD BUCAL > Reforzamiento de hábitos adecuados de higiene bucal y adecuada alimentación > Asegurar consulta de crecimiento y desarrollo > Asegurar control por odontólogo cada 6 meses > Enseñar medidas preventivas

4. VERIFICAR EN TODOS LOS NIÑOS EL CRECIMIENTO

PREGUNTAR:

- ¿Cuál fue la edad gestacional?
- ¿Fue embarazo múltiple?
- ¿Cuánto peso y midió al nacer?

OBSERVAR Y DETERMINAR:

- La apariencia del niño
- Determinar si hay emaciación
- Verificar si hay edema en ambos pies

En el niño menor de 2 años:

- Talla para la edad
- Peso para la talla
- Tendencia del peso

En el niño de 2 a 5 años:

- Peso para talla
- Talla para edad
- Tendencia del peso

SI P/T ≥ 1 DE
CLASIFIQUE EL PESO
ALTO PARA LA
TALLA

Peso/Talla: > 3 DE	OBESO	REFERIR y asegurar consulta por pediatría y manejo interdisciplinario - Dar Albendazol si es > 1 año y no ha recibido en 6 meses - Dar micronutriente en polvo a niños de 6 a 23 meses según esquema - Dar Vitamina A y Hierro si no ha recibido en los últimos 6 meses en niños de 2 a 5 años - Educación alimentaria / alimentación saludable - Reforzar actividad física - Evitar hábitos sedentarios - Enseñar a la madre signos de alarma para volver de inmediato - Consulta de control cada 14 días por 3 meses
Peso/Talla > 2 a ≤ 3 DE	SOBREPESO	- Dar Albendazol si es > 1 año y no ha recibido en 6 meses - Dar micronutriente en polvo a niños de 6 a 23 meses según esquema - Dar Vitamina A y Hierro si no ha recibido en los últimos 6 meses en niños de 2 a 5 años - Educación alimentaria / alimentación saludable - Reforzar actividad física - Evitar hábitos sedentarios - Enseñar a la madre signos de alarma para volver de inmediato - Consulta de control cada 30 días por 3 meses
Peso/Talla > 1 a ≤ 2 DE	RIESGO DE SOBREPESO	- Dar Albendazol si es > 1 año y no ha recibido en 6 meses - Dar micronutriente en polvo a niños de 6 a 23 meses según esquema - Dar Vitamina A y Hierro si no ha recibido en los últimos 6 meses en niños de 2 a 5 años - Educación alimentaria / alimentación saludable - Reforzar actividad física - Evitar hábitos sedentarios - Enseñar a la madre signos de alarma para volver de inmediato - Consulta de control según la programación de la consulta de valoración integral.

PUNTO DE CORTE (DESVIACIONES ESTANDAR)	INTEPRETACION	CLASIFICACION PESO PARA TALLA	CLASIFICACION TALLA PARA EDAD
Mayor de +3 DS	EXCESO	OBESIDAD	TALLA ADECUADA PARA LA EDAD
Mayor de +2 hasta o igual a +3 DS		SOBREPESO	
Mayor a +1 hasta o igual a +2 DS		RIESGO DE SOPREPESO	
Entre -1 y +1 DS	ADECUADO	PESO ADECUADO PARA LA TALLA	RIESGO DE TALLA BAJA
Por debajo de -1 hasta o igual a -2 DS	RIESGO POR DESNUTRICION	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA	
Entre -2 hasta o igual a -3 DS	DESNUTRICION	DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA	
Por debajo de -3 DS		DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA	TALLA BAJA PARA LA EDAD RETRASO EN TALLA O

SI NO HAY
EXCESO DE PESO
CLASIFIQUE EL
CRECIMIENTO

Uno de los siguientes: ▪ Peso/Talla: < -2 DE ▪ Perímetro Braquial < 11,5 cms (en mayores de 6 meses). ▪ Mayor de 6 meses con peso inferior a 4 Kg ▪ Menor de 6 meses con Peso/Talla: < -2 o delgadez visible o edema bilateral ▪ Edema en ambos pies Y alguno de los siguientes: ▪ Edema generalizado ▪ Algun signo de peligro de muerte: Hipotermia, Fiebre, Hemoglobina < 4 g/dl o < 6g/dl con signos de dificultad respiratoria, piel con lesiones ulcerativas o extensas, riesgo de deshidratación: diarrea, vómito persistente y rechazo via oral ▪ Alguno de los signos de enfermedad muy grave, incluyendo prueba de apetito negativa o frecuencia respiratoria aumentada para la edad ▪ En menor de 6 meses: con pérdida reciente de peso o dificultad para ganarlo, alimentación inefectiva durante 15-20 minutos que detecte algún problema con la alimentación,, condición médica o social del niño que requiere evaluación o intervención.	DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA O SEVERA CON ALGUNA COMPLICACION	➤ Referir URGENTEMENTE al hospital de segundo nivel o alta complejidad siguiendo las normas de estabilización para niños con desnutrición aguda y complicaciones al contacto con el servicios de salud o cuando el traslado sea mayor a dos horas o en caso de deshidratación y choque: ▪ Administre oxígeno ▪ Trate la hipoglicemia ▪ Trate y prevenga la hipotermia ▪ Prevenga y trate la deshidratación especialmente si hay diarrea ▪ Dar primera dosis de antibiótico apropiado según la infección ▪ Administre Acido fólico ▪ Tratar la diarrea persistente ▪ Tratar la anemia grave si cuenta con globulos rojos empaquetados ▪ Tratar la dermatosis ▪ Continúe con la lactancia materna ▪ Si cuenta con Formula terapéutica F-75 inicie administración si hay estado de alerta, si ha mejorado la dificultad respiratoria y luego de 8 horas de rehidratación. En el caso de los niños que reciben lactancia materna al ingreso o logran relactancia exitosa, la F-75 se administra mediante la técnica de suplementación por succión. ▪ Debe estar alerta sobre la posibilidad de síndrome de realimentación y de sobrehidratación al iniciar el manejo nutricional. ➤ Descartar infección para VIH
Uno de los siguientes: Peso/Talla: < -2 DE ▪ Edema en ambos pies leve o moderado Y todos los siguientes: ▪ Prueba de apetito positiva ▪ Alerta y conciente	DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA O SEVERA SIN COMPLICACIONES	➤ Dar Formula terapéutica lista para consumir, administrarla para darla en el hogar enseñando al cuidador como hacerlo y como acompañarla de la alimentación. ➤ En desnutrición severa administrar Amoxicilina por 7 días (90mg/Kd/día) ➤ Dar Albendazol si es > 1 año a los 15 días de iniciar el tratamiento médico y nutricional ➤ Administre Acido fólico y continúelo durante todo el tratamiento ➤ Descartar infección por VIH ➤ Realice medición de hemoglobina si es < 6g/dl cada 15 días hasta que sea de 6gr/dl y después cada mes. ➤ Dar las vacunas faltantes de acuerdo al esquema. ➤ Enseñar a la madre los signos de alarma para volver de inmediato y para brindar estimulación sensorial y emocional. ➤ Hacer consulta de control a los 7 días, a los 15 días y al mes si tiene acceso a médico o mediante visita domiciliaria de seguimiento realizada por agente de salud entrenado. En esta se debe estar alerta sobre la posibilidad de síndrome de realimentación y de sobrehidratación al iniciar el manejo nutricional.
Uno de los siguientes:	RIESGO	➤ Dar micronutriente en polvo a niños de 6 a 23 meses según esquema

▪ Peso/Talla: $\geq -2 \sigma < -1$ DE ▪ Tendencia del peso descendente u horizontal	DESNUTRICIÓN AGUDA	➤ Dar vitamina A y Hierro si no ha recibido en los últimos 6 meses y no recibirá micronutriente en polvo ➤ Dar Albendazol si es > 1 año y no ha recibido en 6 meses ➤ Administrar Zinc por 3 meses si no esta recibiendo micronutrientes en polvo ➤ Evaluar la alimentación y aconsejar a la madre sobre la alimentación como se indica en el módulo ACONSEJAR ➤ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato y para brindar estimulación sensorial y emocional. ➤ Consulta de seguimiento según esquema de valoración integral ➤ Referir según disponibilidad a programas de seguridad alimentaria
Todos los siguientes: ▪ Peso/Talla $\geq -1 \sigma \leq 1$ DE ▪ Tendencia adecuada de peso y talla	ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL	➤ Dar micronutriente en polvo a niños de 6 a 23 meses según esquema ➤ Dar Vitamina A y Hierro si no ha recibido en los últimos 6 meses en niños de 2 a 5 años. ➤ Dar Albendazol si es > 1 año y no ha recibido en 6 meses ➤ Si el niño es < 2 años evaluar la alimentación y aconsejar a la madre como se indica en el módulo ACONSEJAR ➤ Reforzar actividad física y evitar hábitos sedentarios ➤ Asegurar consulta de valoración integral ➤ Enseñar a la madre cuando volver de inmediato ➤ Felicite a la madre por los cuidados con su hijo

5. VERIFICAR EN TODOS LOS NIÑOS SI TIENEN ANEMIA

PREGUNTAR:

- ¿Ha recibido hierro o micronutrientes en polvo en los últimos 6 meses?

Relacionados con el niño:

Prematurez, Bajo peso al nacer, lactancia materna exclusiva de los 0 a los 6 meses sin suplementación de hierro, consumo de leche de vaca u otros alimentos en los primeros 6 meses sin suplemento de hierro o alimentos naturalmente ricos en hierro, alimentación complementaria deficiente en alimentos ricos en hierro, problemas de alimentación, infecciones recurrentes, infección controlada en el último mes.

Relacionados con la madre:

madre sin control prenatal durante la gestación, madre con bajo peso durante la gestación IMC <20, inicio de la gestación con peso subóptimo, pobre adherencia a la suplementación con hierro, limitada información sobre prácticas deseables de alimentación para el niño menor de 2 años, madre adolescente, anemia gestacional y periodo intergenésico corto.

Relacionados con el entorno:

Inseguridad alimentaria, exposición a metales pesados (mercurio, plomo), zona endémica parasitosis

OBSERVAR Y DETERMINAR:

- Hemoglobina en sangre
- Si no se puede realizar la anterior revisar si hay palidez palmar o conjuntival y si es intensa, moderada o leve
- Palidez conjuntival: Es intensa, moderada o leve

Alguna de las siguientes: - Si Hg <7 g/dl - Palidez palmar o conjuntival intensa	ANEMIA SEVERA	➤ Referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de referencia y transporte "REFIERA". En el caso de desnutrición aguda moderada y severa con complicaciones según las indicaciones de manejo. ➤ Si no hay causa clara o sin respuesta terapéutica recuerde descartar VIH
Alguna de las siguientes: - Si Hg 10.9 - 7 g/dl - Palidez palmar o conjuntival moderada a leve	ANEMIA	➤ En el caso de desnutrición aguda moderada y severa seguir manejo indicado ➤ Dar hierro para tratamiento evaluando la Hg cada mes. Cuando la Hg este por encima de 11 mg/dl continuar el hierro a dosis de tratamiento por 3 meses más. ➤ Desparasitar ➤ Referir a Pediatra ambulatoriamente si en la Hg de control al mes no evidencia mejoría o algún incremento. ➤ Aconsejar a la madre sobre alimentación adecuada ➤ Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato ➤ Enseñar medidas preventivas específicas ➤ Control cada mes en el servicio
Alguna de las siguientes: - Si Hg ≥ 11 g/dl - No tiene palidez palmar ni conjuntival	NO TIENE ANEMIA	➤ Dar micronutrientes en polvo en niños de 6 a 23 meses según esquema. ➤ Dar hierro preventivo durante un mes, cada 6 meses, a partir de los 24 meses de edad y en los niños con criterios establecidos en el tratar. ➤ Desparasitar ➤ Enseñar a la madre cuando volver de inmediato ➤ Asegurar consulta de crecimiento y desarrollo ➤ Felicitar a la madre

6. VERIFICAR EN TODOS LOS NIÑOS LA POSIBILIDAD DE MALTRATO

OBSERVAR Y DETERMINAR:

- Si existen criterios de maltrato físico grave
- Si existen criterios de abuso sexual
- Si existe maltrato físico
- Si hay sospecha de abuso sexual
- Si hay maltrato emocional
- Si hay maltrato por negligencia y/o abandono

Uno de los siguientes: • Lesiones físicas graves sugestivas • Lesiones en cráneo sugestivas de maltrato • Quemaduras sugestivas de maltrato • Fracturas sugestivas de maltrato • Lesiones cutáneas graves como equimosis, hematomas, laceraciones, cicatrices o mordiscos sugestivos de maltrato • Lesiones traumáticas e incoherencia del relato con las lesiones, la edad y el nivel de desarrollo del niño. • Lesiones traumáticas y relato por el niño o testigos de maltrato o historia que hace sospechar maltrato	MALTRATO FÍSICO MUY GRAVE	➤ Remisión URGENTE según normas de estabilización y transporte "REFIERA" ➤ Reanimación y estabilización del paciente según la lesión ➤ Diagramas corporales y fotos de las lesiones ➤ Garantía de seguridad por el sistema de protección ➤ Aviso a Justicia.
Uno de los siguientes: • Sangrado vaginal o anal traumático por violencia • Signos de trauma genital con sospecha de manipulación o penetración. • Hallazgo de semen en cualquier parte del cuerpo con historia de violencia sexual. • Diagnóstico de sífilis, gonoreya, HIV (descartando transmisión vertical) • Evidentes expresiones de actividad sexual inapropiadas para la edad. • Relato por el niño o testigos de violencia sexual.	ABUSO SEXUAL	➤ Remisión URGENTE según normas de estabilización y transporte "REFIERA" ➤ Tratar las lesiones traumáticas ➤ Profilaxis de infección ➤ Toma de evidencias forenses (si el caso tiene menos de 72 horas) ➤ Aviso inmediato a Justicia ➤ Garantía de seguridad por el Sistema de Protección ➤ Apoyo Psicológico, legal y manejo por grupo interdisciplinario, CAIVAS.
Uno de los siguientes: • Hallazgos de traumas menores al examen físico (huellas de pellizcos, equimosis) • Relato de maltrato físico sin lesiones al examen físico • Fallas en la crianza que sugieren maltrato • Comportamiento de padres o cuidadores con actitudes compatibles con maltrato físico	MALTRATO FÍSICO	➤ Corregir las prácticas de crianza inadecuadas ➤ Promover el Buen Trato y el respeto por los derechos de la niñez ➤ Escuela de padres ➤ Visita domiciliaria ➤ Informar al Sistema de Protección para acompañamiento y apoyo ➤ Enseñar cuando volver de inmediato ➤ Hacer control en 14 días
Uno de los siguientes: • Diagnóstico de clamidia o tricomoniasis • Diagnóstico de condilomatosos genital-anal • Cuerpos extraños en vagina o ano • Dolor o molestias en el área genital no explicados por causas comunes • Temor a los adultos, rechazo al padre u otros familiares o a las personas cuidadoras • Expresión de comportamientos sexualizados • Niño en situación de calle.	SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL	➤ Evaluación por Pediatría para tratar lesiones ➤ Evaluación por Psicología y grupo interdisciplinario en las siguientes 24 horas. Si se confirma abuso, tratar según la clasificación ABUSO SEXUAL. ➤ Si no se puede confirmar o descartar el abuso, seguimiento mediante visitas domiciliarias ➤ Aseguramiento del niño en situación de calle ➤ Informar al Sistema de Protección ➤ Enseñar cuando volver de inmediato ➤ Hacer control en 14 días.
Dos o más de los siguientes: • Relato de maltrato emocional o negligencia • Comportamiento inadecuado del cuidador • Expresión de problemas emocionales en el niño • Patrones de crianza autoritaria o negligente • Exposición del niño a violencia intrafamiliar • Acciones de protección, de asistencia alimentaria y de educación hacia el niño deficientes o ausentes • Niño descuidado en su higiene o en su presentación personal • Niño descuidado en su salud • Niño en situación de calle.	MALTRATO EMOCIONAL, NEGLIGENCIA O ABANDONO	➤ Promover los Derechos del niño ➤ Promover la Crianza Humanizada ➤ Escuela de Padres ➤ Abordaje de la violencia intrafamiliar ➤ Remisión del niño y de los cuidadores a Psicología y a grupo interdisciplinario ➤ Educar en salud y en el cuidado de niños ➤ Visitas domiciliarias ➤ Aseguramiento del niño en situación de calle ➤ Informar al sistema de Protección ➤ Enseñar cuando volver de inmediato ➤ Hacer control en 14 días.
• No cumple criterios para clasificarse en alguna de las categorías anteriores	NO HAY SOSPECHA MALTRATO	➤ Felicitar a la madre y dar pautas de Crianza Humanizada ➤ Asegurar la consulta de Crecimiento y Desarrollo.

7. VERIFICAR EL DESARROLLO DE TODOS LOS NIÑOS

PREGUNTAR

- ¿Cómo fue el embarazo?
- ¿Cuánto tiempo duró?
- ¿Cómo fue el parto?
- ¿Cuánto peso el niño al nacer?
- ¿Presentó algún problema después del nacimiento?
- ¿Ha presentado el niño algún problema serio de salud hasta hoy?
- ¿Usted y el padre del niño son parientes?
- ¿Existe alguna persona en la familia con un problema mental o físico?
- ¿Cómo y con quién juega? ¿Dónde está la mayor parte del tiempo?
- ¿Cómo ve el desarrollo de su hijo?

VERIFIQUE LA CONDICIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Utilice el cuadro del desarrollo, observe la edad del niño y realice las condiciones de su grupo de edad.

DETERMINAR EL PERÍMETRO CEFÁLICO

Uno de los siguientes: ▪ Ausencia de una o más condiciones para el grupo de edad anterior a la edad del niño ▪ Perímetro cefálico < -2 DE ó $> +2$ DE para la edad ▪ Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas	PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO	➢ Referir para evaluación por especialista (pediatría o neuropediatría) ➢ Enseñe signos de alarma para regresar de inmediato ➢ Recomendación de cuidados en casa y medidas preventivas específicas ➢ Consulta de seguimiento en 7 días
▪ Ausencia de una o más de las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño	RIESGO DE PROBLEMA EN EL DESARROLLO	➢ Aconseje como estimular al niño para lograr el desarrollo adecuado para la edad ➢ Enseñe a la madre signos de alarma para regresar de inmediato ➢ Medidas preventivas específicas ➢ Consulta de seguimiento en 30 días
▪ El niño cumple todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece pero hay uno o más factores de riesgo	DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO	➢ Aconseje a la madre como estimular el desarrollo del niño ➢ Enseñe a la madre signos de alarma para regresar de inmediato ➢ Medidas preventivas específicas ➢ Consulta de seguimiento en 30 días
▪ Cumple todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño y no hay factores de riesgo	DESARROLLO NORMAL	➢ Felicite a la madre ➢ Aconseje a la madre para que continúe estimulando a su hijo de acuerdo a su edad ➢ Enseñe a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato ➢ Asegure consulta de crecimiento y desarrollo

OBSERVE Y EXAMINE:

- ▶ **2 a menos de 4 meses**
 - ✓ Responde al examinador
 - ✓ Agarra objetos
 - ✓ Emite sonidos
 - ✓ Sostiene la cabeza
- ▶ **4 a menos de 6 meses**
 - ✓ Intenta alcanzar un juguete
 - ✓ Lleva objetos a la boca
 - ✓ Localiza un sonido
 - ✓ Gira
- ▶ **6 a menos de 9 meses**
 - ✓ Juega a taparse y descubrirse
 - ✓ Trasfiere objetos entre una mano y otra
 - ✓ Duplica sílabas
 - ✓ Se sienta sin apoyo
- ▶ **9 a menos de 12 meses**
 - ✓ Imita gestos
 - ✓ Pinza superior
 - ✓ Jerga jergonza
 - ✓ Camina con apoyo
- ▶ **12 a menos de 15 meses**
 - ✓ Ejecuta gestos a pedido
 - ✓ Coloca cubos en un recipiente
 - ✓ Dice una palabra
 - ✓ Camina sin apoyo
- ▶ **15 a menos de 18 meses**
 - ✓ Identifica 2 objetos
 - ✓ Garabatea espontáneamente
 - ✓ Dice tres palabras
 - ✓ Camina para atrás
- ▶ **18 a menos de 24 meses**
 - ✓ Se quita la ropa
 - ✓ Construye una torre de 3 cubos
 - ✓ Señala 2 figuras
 - ✓ Patea una pelota
- ▶ **2 años a menos de 2 años y 6 meses**
 - ✓ Se viste con supervisión
 - ✓ Construye torre de 6 cubos
 - ✓ Forma frases con 2 palabras
 - ✓ Salta con AMBOS pies
- ▶ **2 años y 6 meses a menos de 3 años**
 - ✓ Dice el nombre de un amigo
 - ✓ Imita una línea vertical
 - ✓ Reconoce 2 acciones
 - ✓ Tira la pelota
- ▶ **3 años a menos de 3 años y 6 meses**
 - ✓ Se pone un saco
 - ✓ Mueve el pulgar con mano cerrada
 - ✓ Comprende 2 adjetivos
 - ✓ Se para en cada pie por un segundo
- ▶ **3 años y 6 meses a menos de 4 años**
 - ✓ Aparea colores
 - ✓ Copia círculo
 - ✓ Habla inteligible
 - ✓ Salta en un solo pie
- ▶ **4 años a menos de 4 años y 6 meses**
 - ✓ Se viste sin ayuda
 - ✓ Copia cruz
 - ✓ Comprende 4 preposiciones
 - ✓ Se para en cada pie por 3 seg.
- ▶ **4 años y 6 meses a menos de 5 años**
 - ✓ Se cepilla los dientes sin ayuda
 - ✓ Señala la línea más larga
 - ✓ Define 5 palabras
 - ✓ Se para en un pie por 5 seg.
- ▶ **5 años a menos de 5 años y 6 meses**
 - ✓ Juega a "hacer de cuenta" con otros niños
 - ✓ Dibuja una persona con 6 partes
 - ✓ Hace analogías
 - ✓ Marcha punta talón
- ▶ **5 años y 6 meses a 6 años**
 - ✓ Acepta y sigue las reglas de juegos de mesa
 - ✓ Copia un cuadrado
 - ✓ Define 7 palabras
 - ✓ Se equilibra en cada pie por 7 seg.

8. VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE TODOS LOS NIÑOS

EDAD	VACUNA	DOSIS	ENFERMEDAD QUE PREVIENE
RECIÉN NACIDO	Antituberculosa – BCG	Única	Meningitis tuberculosa
	Hepatitis B	Recién nacido	Hepatitis B
A PARTIR DE LOS 2 MESES	Difteria – Tos ferina – Tétanos (DPT) Haemophilus influenzae tipo b Hepatitis B	Primera	Difteria, Tos ferina y Tétanos
	} Pentavalente		Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo b
		Vacuna oral de polio – VOP	Primera
	Vacuna oral de rotavirus	Primera	Poliomielitis
A PARTIR DE LOS 4 MESES	Difteria – Tos ferina – Tétanos (DPT) Haemophilus influenzae tipo b Hepatitis B	Segunda	Diarrea por rotavirus
	} Pentavalente		Difteria, Tos ferina y Tétanos
		Vacuna oral de polio – VOP	Segunda
	Vacuna oral de rotavirus	Segunda	Hepatitis B
A PARTIR DE LOS 6 MESES	Difteria – Tos ferina – Tétanos (DPT) Haemophilus influenzae tipo b Hepatitis B	Tercera	Poliomielitis
	} Pentavalente		Diarrea por rotavirus
		Vacuna oral de polio – VOP	Tercera
	6 A 23 MESES	Vacuna de influenza	Primera
2º a las 4 semanas de la primera			Hepatitis B
12 MESES	Sarampión – Rubéola – Paperas (SRP)	Única	Poliomielitis
	Fiebre amarilla (FA)	Única	Enfermedades respiratorias causadas por el virus de la influenza
AL AÑO DE LAS TERCERAS DOSIS	Difteria – Tos ferina – Tétanos (DPT)	1º Refuerzo	
	Vacuna oral de polio (VOP)	1º Refuerzo	Fiebre amarilla
5 AÑOS DE EDAD	Difteria – Tos ferina – Tétanos (DPT)	2º Refuerzo	Difteria, Tos ferina y Tétanos
	Vacuna oral de polio (VOP)	2º Refuerzo	Poliomielitis
	Sarampión - Rubéola – Paperas	Refuerzo	Sarampión Rubeola Paperas
2 a 11 MESES	Streptococo Neumoniae****	1º dosis a los 2 meses 2º dosis a los 4 meses 3º dosis entre los 12 y 15 meses	Neumonías y Meningitis por Neumococo
12 a 23 MESES		Dos dosis con intervalo de 8 semanas	
24 a 35 MESES		Única	

9. EVALUAR LA POSIBILIDAD DE EPILEPSIA

PREGUNTAR: ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, HA PRESENTADO EPISODIOS DE PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, MOMENTOS DE DESCONEXIÓN DE LA REALIDAD, INCAPACIDAD PARA RESPONDER, CONVULSIONES O SACUDIDAS INVOLUNTARIAS DE BRAZOS O PIERNAS? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:

PREGUNTAR

- ¿Presenta algún síntoma antes de iniciar la crisis (aura) como miedo, desviación de cabeza u ojos hacia un lado, hormigueo, incapacidad para hablar, visión borrosa?
- ¿Pierde la conciencia durante los episodios?
- ¿Presenta mirada fija, parpadeo o falta de respuesta durante el episodio?
- ¿Presenta movimientos involuntarios anormales, incontrolados, sacudidas o sobresaltos musculares?
- ¿Presenta automatismos como deglución, chupeteo, soboreo o movimientos repetitivos sin propósito con las manos?
- ¿Presenta síntomas post-ictales?
- ¿Cuánto le duran las crisis?
- ¿Cuántos episodios ha presentado en los últimos 12 meses?
- ¿Cuándo fue la última crisis?
- ¿Las crisis ocurren solo con fiebre?
- ¿Los episodios ocurren solo asociados a llanto, alimentación, ansiedad o traumas leves de cráneo?
- ¿Tiene algún antecedente de importancia?

OBSERVAR Y DETERMINAR:

- Se encuentra durante la consulta en crisis.
- Nivel de conciencia: consciente o alteración de la conciencia
- Presenta durante la consulta 2 o más episodios de crisis sin recuperación de la conciencia entre ellos.
- Signos y síntomas neurológicos de aparición **aguda o progresiva**:
 - Debilidad unilateral: hemiparesia, monoparesia, déficit de un par craneano
 - Reflejos anormales o asimétricos
 - Cambios en el estado de conciencia o mental
 - Trastorno de la coordinación
 - Trastorno de la marcha
 - Trastorno del equilibrio
 - Trastornos del lenguaje: disfasia, afasia, disartria
 - Defectos en el campo visual
 - Alteración del neurodesarrollo

Uno de los siguientes: - Se encuentra con crisis epiléptica (convulsiva o no) que ha durado más de 5 minutos - Dos o más episodios de crisis durante la consulta sin recuperación de conciencia	ESTADO EPILEPTICO	- Referir urgentemente al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA" - Realizar glucometría - Administrar benzodicepina y anticonvulsivante simultáneamente - Acceso venoso si es posible - Administrar oxígeno
Primera convulsión en el menor de 12 meses o Presencia de uno de los siguientes signos agudos o progresivos: - Debilidad unilateral (Monoparesia, hemiparesia o déficit de pares craneales) - Reflejos anormales - Cambios del estado de conciencia o mental - Trastorno de la coordinación - Trastorno de la marcha - Trastorno del lenguaje (disfasia, disartria) - Defectos del campo visual	PROBLEMA NEUROLÓGICO GRAVE	Referir al Hospital para estudio y tratamiento especializado, siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA".
Dos o más crisis que cumplen todos los siguientes: - No presenta aura - Simultáneamente presenta pérdida de conocimiento y rigidez generalizada de músculos flexores o extensores (fase tónica), seguida de sacudidas musculares generalizadas (fase clónica) - Los movimientos involuntarios son bilaterales y simétricos - Mirada central o desviada hacia arriba - Después de fase tónica, clónica o tónico-clónica hay post-ictal - Duración casi siempre mayor a 1 minuto	EPILEPSIA CON CRISIS GENERALIZADA	- Iniciar Ácido Valproico dosis ascendente - Enseñar efectos colaterales de la medicación. - Control en 14 días - Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato - Referir a neuropediatría con Electroencefalograma y un mes después de iniciar la medicación tomar cuadro hemático completo, transaminasas y niveles séricos del medicamento.
Dos o más crisis que inician usualmente con aura, pueden generalizar Y uno de los siguientes: - Movimientos involuntarios o sacudidas localizadas. - Actividades rítmicas o semi-rítmicas de un lado de la cara o una extremidad - Mirada fija sin respuesta al medio - Automatismos (muecas, gestos, masticación, chupeteo, movimiento de manos o dedos sin ningún propósito, sonidos, palataos o frases repetitivas) El niño nunca recuerda el episodio	EPILEPSIA CON CRISIS FOCAL	- Iniciar Carbamazepina dosis ascendente - Enseñar efectos colaterales de la medicación - Control en 14 días - Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato - Referir a neuropediatría con Tomografía o Resonancia de cráneo, Electroencefalograma y un mes después de iniciar la medicación tomar cuadro hemático completo, transaminasas y niveles séricos del medicamento.
Dos o más crisis y todos los siguientes: - Duración pocos segundos - Mirada fija, parpadeo o falta de atención - Recuperación inmediata - Respuesta positiva a la hiperventilación	EPILEPSIA CON CRISIS DE AUSENCIA	- Iniciar Ácido Valproico dosis ascendente - Enseñar efectos colaterales de la medicación - Control en 14 días - Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato - Referir a neuropediatría con Electroencefalograma y un mes después de iniciar la medicación tomar cuadro hemático completo, transaminasas y niveles séricos del medicamento
No cumple criterios para clasificarse en ninguna de las anteriores	NO TIENE EPILEPSIA	- Explicar el significado de los eventos que NO son epilepsia: Crisis febriles, espasmos del lactado, síncope, terrores o pesadillas, según correspondan - Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato - Si los episodios son repetitivos remitir a neuropediatría

10. EVALUAR LA POSIBILIDAD DE TUBERCULOSIS

PREGUNTAR: ¿HA ESTADO EL NIÑO EN CONTACTO CON ENFERMO CON TUBERCULOSIS? o ¿PRESENTA TOS PERSISTENTE QUE NO MEJORA POR MÁS DE 21 DÍAS? o ¿FIEBRE PERSISTENTE POR MÁS DE 14 DÍAS? o ¿PÉRDIDA O NO GANANCIA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? o ¿TIENE UNA ADENOPATÍA MAYOR DE 2 X 2 CM POR MÁS DE 4 SEMANAS?.

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:

PREGUNTAR:

- ¿Cuánto tiempo hace que tiene tos persistente que no mejora? ¿Ha presentado tos todos los días?, ¿La tos ha mejorado o empeorado?
- ¿Cuánto tiempo hace que tiene fiebre?, ¿Ha presentado fiebre todos los días?
- ¿Ha perdido o no ha ganado peso en los últimos 3 meses?
- ¿Ha tenido alteración en el comportamiento?
- ¿Ha estado en contacto con enfermo con tuberculosis o adultos tosedores crónicos (tos más de 2 semanas) en los últimos 6 meses?
- ¿Tiene infección por VIH?
- ¿Tiene contacto con alguien con infección con VIH?

OBSERVAR Y EVALUAR:

- Presencia de rigidez de nuca
- Comportamiento alterado
- Tiraje subcostal
- Ganglios del cuello crecidos y no dolorosos por más de 4 semanas.
- Determine tendencia del peso en los últimos 3 meses, es horizontal o descendente.

REALIZAR:

- Radiografía de tórax
- Tuberculina

EVALÚE SI TIENE SOSPECHA DE TUBERCULOSIS

Niño con uno de los siguientes:

- » Contacto con persona con tuberculosis
- » Tos persistente no remitente por más de 21 días
- » Fiebre por más de 14 días
- » Pérdida o no ganancia de peso en los últimos 3 meses



Tiene SOSPECHA DE TUBERCULOSIS, inicie estudio:

- » Realizar PPD y radiografía de tórax, si no es posible remitir para su realización
- » Control en 2 días para lectura de PPD
- » Clasifique según resultado de PPD y radiografía de tórax y otros estudios que se hayan realizado
- » Si la PPD es negativa, la radiografía de tórax normal y sin contacto epidemiológico, debe continuarse estudio, la tos, pérdida de peso o adenomegalia tienen otra causa
- » Enseñar medidas preventiva
- » Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato
- » Estudiar y seguir contactos, especialmente adultos con tos y expectoración persistentes, no remitentes por más de 14 días.

**CLASIFIQUE AL NIÑO
CON SOSPECHA DE
TUBERCULOSIS**

Algún síntoma de sospecha de tuberculosis y UNO de los siguientes: • Cualquier signo general peligro • Rigidez de nuca • Comportamiento anormal reciente • Tiraje subcostal • Infección VIH/SIDA • Desnutrición severa	SOSPECHA TUBERCULOSIS GRAVE	➤ Referir URGENTEMENTE según las normas de estabilización y transporte "REFIERA" ➤ Colocar oxígeno si es necesario ➤ Tratar la fiebre ➤ Ante sospecha de meningitis TB iniciar tratamiento según esquema ➤ Iniciar estudio de contactos.
Algún síntoma de sospecha de tuberculosis y UNO de los siguientes: • Cultivo de esputo o jugo gástrico positivo para M tuberculosis • Baciloscopia positiva • Histopatología positiva • PCR positiva	TUBERCULOSIS CONFIRMADA	➤ Referir a consulta de neumología o infectología pediátricas ➤ Iniciar tratamiento con esquema tetracortugado en fase intensiva por 2 meses y 2 medicamentos 3 veces por semana en fase de continuación por 4 meses ➤ Control mensual ➤ Enseñar signos de alarma para consultar de inmediato ➤ Enseñar medidas preventivas ➤ Estudiar y seguir contactos con tos y expectoración persistentes, no remitentes por más de 14 días.
Algún síntoma de sospecha de tuberculosis con baciloscopia y cultivo negativo y UNO de los siguientes: • Radiología sugestiva de TB • Tuberculina positiva	TUBERCULOSIS CLINICA	➤ Referir a consulta de neumología o infectología pediátricas ➤ Iniciar tratamiento con esquema tetracortugado en fase intensiva por 2 meses y 2 medicamentos tres veces por semana en fase de continuación por 4 meses ➤ Iniciar tratamiento sin esperar resultado de cultivo ➤ Control mensual ➤ Enseñar signos de alarma para consultar de inmediato ➤ Enseñar medidas preventivas ➤ Estudiar contactos, con tos y expectoración persistentes, no remitentes por más de 14 días.
TODOS los siguientes: • Contacto con persona con tuberculosis • Asintomático • Radiografía de tórax normal • PPD positiva	TUBERCULOSIS LATENTE	➤ Referir a consulta de neumología o infectología pediátricas ➤ Iniciar tratamiento profiláctico con Isoniazida en inmunocompetentes por 6 meses y en inmunosuprimidos por 9 meses ➤ Control cada 3 meses por 2 años ➤ Realizar PPD en primer control de los 3 meses ➤ Signos de alarma para consultar de inmediato: si aparecen síntomas, estudiar de nuevo y volver a clasificar ➤ Enseñar medidas preventivas ➤ Estudiar y seguir contactos con tos y expectoración persistentes, no remitentes por más de 14 días.
TODOS los siguientes: • Contacto con persona con tuberculosis • Asintomático • Radiografía de tórax normal • PPD negativa	CONTACTO CON TUBERCULOSIS	➤ Referir a consulta neumología o infectología pediátricas ➤ Iniciar tratamiento profiláctico con Isoniazida por 3 meses ➤ Control en 3 meses con PPD, para definir tratar o suspender profilaxis ➤ Signos de alarma para consultar de inmediato: si aparecen síntomas, estudiar de nuevo y volver a clasificar ➤ Enseñar medidas preventivas ➤ Estudiar y seguir contactos con tos y expectoración persistentes, no remitentes por más de 14 días.

11. EVALUAR LA POSIBILIDAD DE CÁNCER EN TODOS LOS NIÑOS

PREGUNTAR

- ¿Ha tenido fiebre por más de 7 días y/o sudoración importante?
- ¿Presenta recientemente dolor de cabeza que ha ido en aumento?
- ¿Despierta el dolor de cabeza al niño en la noche?
- Se acompaña el dolor de cabeza de otro síntoma como vómito?
- ¿Presenta dolores de huesos en el último mes?
 - ✓ ¿Que interrumpen sus actividades?
 - ✓ ¿Que han ido en aumento?
- ¿Ha presentado cambios como pérdida de apetito, pérdida de peso o fatiga en los últimos 3 meses?

OBSERVAR Y PALPAR

- Presencia de petequias, equimosis o sangrados
- Palidez palmar y/o conjuntival grave
- Alguna anomalía en los ojos:
 - ✓ Leucocoria (ojo blanco)
 - ✓ Estrabismo que ha ido apareciendo
 - ✓ Aniridia (falta de iris)
 - ✓ Heterocromía (ojos de diferente color)
 - ✓ Hifema (sangre dentro del ojo)
 - ✓ Proptosis (ojo saltado)
- Presencia de ganglios: Mayores de 2,5 cm, duros, no dolorosos, con evolución $\geq$ 4 semanas
- Presencia de signos y síntomas neurológicos focales, de aparición aguda y/o progresiva:
 - ✓ Debilidad unilateral (de una de las extremidades o de un lado del cuerpo)
 - ✓ Asimetría física (facial)
 - ✓ Cambios en el estado de conciencia o mental (en el comportamiento, confusión).
 - ✓ Pérdida del equilibrio al caminar
 - ✓ Cojera por dolor
 - ✓ Dificultad para hablar
- Alteraciones en la visión (borrosa, doble, ceguera súbita)
- Presencia de masa palpable abdominal
- Hepatomegalia y/o esplenomegalia
- Aumento de volumen en alguna región del cuerpo (masa)

Uno de los siguientes signos:

- Fiebre por más de 7 días sin causa aparente
- Dolor de cabeza, persistente y progresivo: de predominio nocturno, despierta al niño o aparece al levantarse y puede acompañarse de vómitos
- Dolores óseos que aumentan progresivamente en el último mes e interrumpen actividad
- Petequias, equimosis y/o sangrados
- Palidez palmar o conjuntival grave
- Leucocoria
- Estrabismo de inicio reciente
- Aniridia, heterocromía, hifema, proptosis, exoftalmos
- Ganglios >2.5 cm diámetro, duros, no dolorosos, con evolución ≥ 4 semanas
- Signos y síntomas neurológicos focales, agudos y/o progresivos:
 - Debilidad unilateral (de una extremidad o un lado)
 - Asimetría física (facial)
 - Cambios del estado de conciencia o mental (en el comportamiento, confusión)
 - Pérdida del equilibrio al caminar
 - Cojera por dolor
 - Dificultad para hablar
- Alteraciones en la visión (borrosa, doble, ceguera)
- Masa palpable en abdomen
- Hepatomegalia y/o esplenomegalia
- Masa en alguna región del cuerpo sin signos de inflamación
- Hemograma con pancitopenias con o sin blastos
- Hallazgo de masa en imágenes radiológicas o en hueso: reacción perióstica, neoplasia, sol, nodulenta, osteólisis, osificación tejido blando

POSIBLE CÁNCER O ENFERMEDAD MUY GRAVE

- Referir urgentemente a un hospital de alta complejidad con servicio de oncología pediátrica, si no es posible a un servicio de hospitalización de pediatría
- Estabilizar al paciente, si es necesario, iniciar líquidos intravenosos, oxígeno, manejo de dolor.
- Si se sospecha tumor cerebral y hay deterioro neurológico iniciar manejo para hipertensión endocraneana.
- Hablar con los padres, explicar la necesidad e importancia de la referencia y la urgencia de la misma
- Resolver todos los problemas administrativos que se presenten
- Comunicar el caso con el centro de referencia
- Si cumple con la definición de caso probable de leucemia aguda notifique obligatorio

Uno de los siguientes:

- Pérdida de apetito en los últimos 3 meses
- Pérdida de peso en los últimos 3 meses
- Cansancio o fatiga en los últimos 3 meses
- Sudoración nocturna importante, sin causa aparente
- Palidez palmar o conjuntival leve
- Infadenopatia dolorosa o con evolución < 4 semanas o con diámetro ≤ 2.5 cm o consistencia no dura
- Aumento de volumen en cualquier región del cuerpo con signos de inflamación

ALGÚN RIESGO DE CÁNCER

- Examen físico completo en busca de una causa para los signos encontrados
- Revisar la alimentación del niño y corregir los problemas encontrados
- Si hay pérdida de peso, pérdida de apetito, fatiga o cansancio referir a consulta con el pediatra para iniciar estudios e investigar posible TB, VIH
- Si tiene palidez palmar leve iniciar hierro y control cada 14 días, si empeora referir urgentemente, si en control del mes no hay mejora solicitar hemograma, buscar causa de anemia y tratar o referir según corresponda.
- Tratar la causa de la infadenopatia con antibiótico si es necesario y control en 14 días, si no mejora referir.
- Tratar con antibiótico el proceso infeccioso que produce aumento de volumen en una región del cuerpo y control en 14 días, si no mejora referir
- Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato.
- Asegure inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo

No cumple criterios para clasificarse en ninguna de las anteriores

POCA PROBABILIDAD DE CÁNCER

- Asegure inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo

12. EVALUAR EN TODOS LOS NIÑOS LA POSIBILIDAD DE VIH/SIDA

12.1. CLASIFICAR A LA GESTANTE PARA DISMINUIR LA TRASMISSION MATERNOFETAL

PREGUNTAR:

- ¿Es la gestante VIH positiva?
- ¿Recibe actualmente tratamiento antirretroviral?
- ¿Recibió tratamiento en embarazos anteriores?
- ¿Está la gestante en trabajo de parto?

Gestante VIH positiva, recibe tratamiento antirretroviral	▪ Continuar Tratamiento antirretroviral. ▪ Evitar el uso de Efavirenz y otras drogas potencialmente teratogénicas, especialmente durante el primer trimestre. ▪ Evitar combinaciones con efectos negativos sobre la salud materna (d4T+ddl). ▪ Obtener examen de resistencia antes de iniciar terapia (siempre que sea posible). ▪ Los medicamentos no deberían suspenderse en el primer mes. ▪ Continuar tratamiento antirretroviral intraparto (AZT en infusión continua durante el trabajo de parto, mientras otros antirretrovirales pueden ser administrados oralmente). ▪ Programar cesárea a la semana 38 si la carga viral permanece mayor a 1000 copias. ▪ Recién Nacido: AZT por 6 semanas iniciando en las primeras 12 horas de vida.
Gestante VIH positiva, sin tratamiento antirretroviral con indicación para recibirlo	▪ Obtener examen de resistencia antirretroviral antes del inicio de la terapia (siempre que sea posible). ▪ AZT debe ser parte del esquema si no hay contraindicación. ▪ Nevirapina puede utilizarse si CD4 < 250. Si CD4 > 250 sólo podrá emplearse si los beneficios superan los riesgos. ▪ Si existe indicación de iniciar tratamiento antirretroviral triple, debe ser iniciado aún en el primer trimestre. ▪ Continuar tratamiento antirretroviral intraparto (AZT en infusión continua durante el trabajo de parto, mientras otros antirretrovirales pueden ser administrados oralmente). ▪ Programar cesárea a la semana 38 si la carga viral permanece mayor a 1.000 copias. ▪ Recién Nacido: AZT por 6 semanas iniciando en las primeras 12 horas de vida.
Gestante VIH positiva, recibió tratamiento en embarazos anteriores, en el momento no requiere y no recibe tratamiento	▪ Obtener historia anterior. ▪ Obtener examen de resistencia antes de iniciar terapia (siempre que sea posible). ▪ Iniciar tratamiento antirretroviral triple, basado en examen de resistencia (siempre que sea posible). ▪ Evitar Efavirenz y otras drogas potencialmente teratogénicas, especialmente durante el primer trimestre. ▪ Evitar combinaciones con efectos negativos sobre la salud materna (d4T+ddl). ▪ Continuar tratamiento antirretroviral intraparto (AZT en infusión continua durante el trabajo de parto, mientras otros antirretrovirales pueden ser administrados oralmente). ▪ Evaluar necesidad de tratamiento antirretroviral posparto. Si no hay indicación, se deben descontinuar los No Análogos de Nucleósidos 7 días antes de los Análogos de Nucleósidos. ▪ Programar cesárea a la semana 38 si la carga viral permanece mayor a 1.000 copias. ▪ Recién Nacido: AZT por 6 semanas iniciando en las primeras 12 horas de vida.
Gestante VIH positiva en trabajo de parto sin tratamiento	▪ AZT en infusión continua durante el trabajo de parto o AZT en infusión continúa más una dosis de Nevirapina al inicio del trabajo de parto. Considerar añadir 3TC durante el trabajo de parto y continuar AZT/3TC durante 1 semana más para disminuir la aparición de resistencia a Nevirapina. ▪ Recién Nacido: Dosis única de Nevirapina más AZT por 6 semanas y 3TC por 1 semana. ▪ Evaluar la necesidad de tratamiento materno posparto.
Gestante VIH positiva sin tratamiento y no requiere. Madres con cargas virales menores de 1.000 copias	▪ Obtener examen de resistencia antes de iniciar terapia (siempre que sea posible). ▪ El tratamiento antirretroviral combinado es recomendado como profilaxis. ▪ Considerar retardar inicio de terapia triple hasta 2º trimestre de embarazo. ▪ Evitar el uso de Efavirenz y otras drogas potencialmente teratogénicas, especialmente durante el primer trimestre. ▪ Evitar combinaciones con efectos negativos sobre la salud materna (d4T+ddl). ▪ Se recomienda, el uso de AZT como parte del tratamiento. ▪ El uso de AZT como monoterapia es controvertida, puede considerarse, solo si la madre se opone a la terapia combinada. ▪ Continuar el tratamiento antirretroviral intraparto (AZT en infusión continua durante el trabajo de parto, mientras otros antirretrovirales pueden ser administrados oralmente). ▪ Programar cesárea en la semana 38 si la carga viral permanece superior a 1.000 copias. ▪ Recién Nacido: AZT por 6 semanas iniciando en las primeras 12 horas de vida.

12.2. EVALUAR LA POSIBILIDAD DE VIH SIDA EN EL NIÑO

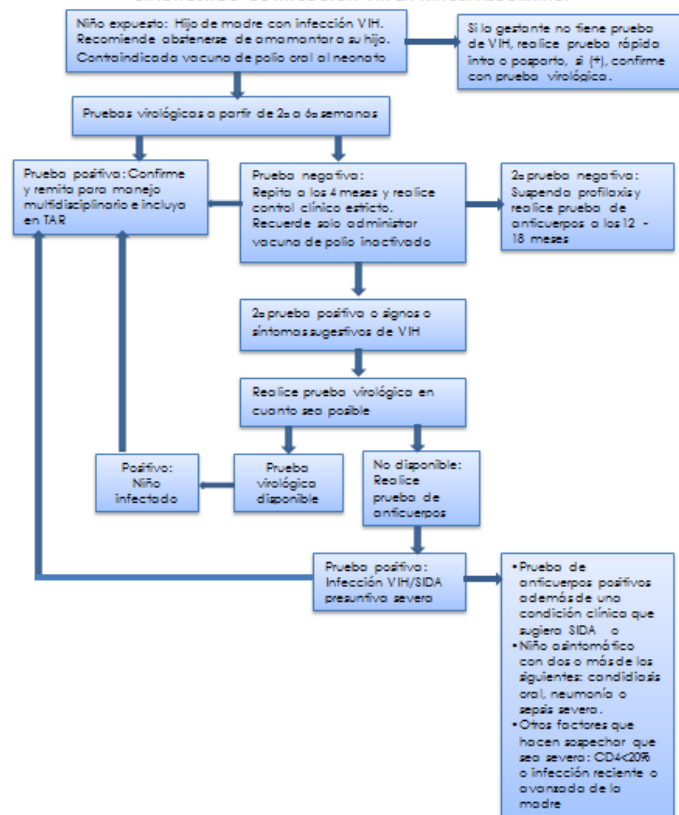
SOSPECHAR VIH

Si la madre del niño es VIH positiva o tiene un familiar directo con infección por VIH o si durante la evaluación de AIEPI al terminar la historia integral, el niño tiene una de las siguientes clasificaciones o problemas:

- ⇒ Neumonía que requiera UCI.
- ⇒ Más de 2 neumonías por año
- ⇒ Tuberculosis
- ⇒ Diarrea persistente
- ⇒ Enfermedad febril grave: Infección bacteriana severa
- ⇒ Otitis media crónica
- ⇒ Otitis media recurrente, más de 3 episodios en un año
- ⇒ Desnutrición severa
- ⇒ Desnutrición
- ⇒ Candidiasis orofaríngea persistente por más de 2 meses en mayores de 6 meses de edad
- ⇒ Estomatitis por Herpes simple virus recurrente, más de 2 episodios en un año.

REALICE PRUEBAS SEROLÓGICAS Y ANTICUERPOS PARA PODER CLASIFICAR AL NIÑO

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN VIH EN NIÑOS. ALGORITMO.



12.3. ¿TIENE EL NIÑO MAYOR DE 2 MESES DE EDAD POSIBILIDAD DE VIH/SIDA?

DETERMINAR si tiene clasificación para sospecharlo:

- Neumonía que requiera UCI.
- Más de 2 neumonías por año
- Tuberculosis
- Diarrea persistente
- Enfermedad febril grave: Infección bacteriana severa
- Otitis media crónica
- Otitis media recurrente, más de 3 episodios en un año
- Desnutrición severa
- Desnutrición
- Candidiasis orofaríngea persistente por más de 2 meses en mayores de 6 meses de edad
- Estomatitis por Herpes simple virus recurrente, más de 2 episodios en un año.

DETERMINAR SI:

- Tiene la madre o algún familiar en primer grado VIH positivo o tiene sintomatología para sospechar infección por VIH
- Tiene resultados disponibles de las pruebas realizadas a la madre y/o al niño
- Tiene alguna otra condición al completar el examen físico como:
 - Inflamación de parótidas
 - Linfadenopatía generalizada
 - Dedos en palillo de tambor sin enfermedad cardíaca conocida
 - Presencia de hepatoesplenomegalia.

2 o más clasificaciones o condiciones y uno de los siguientes: ▪ Prueba de anticuerpos VIH positiva en niños > 18 meses ▪ Pruebas virológicas positivas	INFECCIÓN VIH SINTOMÁTICA CONFIRMADA	➤ Remitir para mayor evaluación, incluyendo cuidados para VIH y tratamiento con antiretrovirales ➤ Tratar, aconsejar y dar seguimiento a la infección existente ➤ Dar profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol ➤ Dar suplemento de vitamina A cada 6 meses a partir de los 6 meses ➤ Evaluar la alimentación y orientar a la madre ➤ Aconsejar a la madre sobre cuidados en casa ➤ Dar seguimiento en 14 días, luego o/mes por 3 meses o cuando le toque vacunación ➤ Contraindicar vacuna con BCG ➤ Solo administrar vacuna de polio inactivada
Menos de 2 clasificaciones o condiciones y uno de los siguientes: ▪ Prueba de anticuerpos VIH positiva en niños > 18 meses ▪ Pruebas virológicas positivas	INFECCIÓN VIH CONFIRMADA	
2 o más clasificaciones o condiciones y uno de los siguientes: ▪ No resultado de prueba disponible en el niño ▪ Prueba de anticuerpo positiva para <18 meses	SOSPECHA DE INFECCIÓN VIH SINTOMÁTICA	➤ Remitir para mayor evaluación, incluyendo cuidados para VIH y tratamiento con antiretrovirales ➤ Tratar, asesorar y dar seguimiento a la infección existente ➤ Dar profilaxis con Trimetoprim-sulfametoxazol si tiene > 4 semanas de vida ➤ Dar suplemento de vitamina A cada 6 meses a partir de los 6 meses ➤ Evaluar la alimentación y orientar a la madre ➤ Realizar pruebas para confirmar infección VIH ➤ Aconsejar a la madre sobre cuidados en casa ➤ Dar seguimiento en 14 días, luego o/mes por 3 meses y luego cada 3 meses o cuando le toque vacunación ➤ Contraindicar vacuna de BCG ➤ Solo administrar vacuna de polio inactivada
Menos de 2 clasificaciones o condiciones y uno de los siguientes: ▪ Madre VIH positiva y no resultado de prueba en el niño ▪ Prueba de anticuerpos VIH positiva en niños > 18 meses ▪ Alta sospecha de VIH si uno de los padres o hermanos severamente enfermos o muerte reciente ▪ Padres con historia de alguna ITS, falta de EISA VIH en 3er trimestre, nuevos compañeros sexuales o drogadicción o relaciones sexuales sin protección	POSIBLE VIH / EXPUESTO AL VIH	➤ Tratar, aconsejar y dar seguimiento (semanal en el primer mes y luego mensual hasta el año) ➤ Dar profilaxis con Trimetoprim-sulfametoxazol si tiene >4 semanas de vida ➤ Dar suplemento de vitamina A desde los 6 meses cada 6 meses ➤ Evaluar la alimentación y orientar a la madre ➤ Identificar el estado de infección por VIH del niño tan pronto sea posible, con la mejor prueba disponible según edad ➤ Aconsejar a la madre sobre cuidados en casa ➤ Dar seguimiento en 14 días, luego mensual hasta el año y luego cada 2 meses ➤ No vacunación con polio oral ni al niño ni a ninguno de sus contactos o convivientes ➤ Solo administrar vacuna de polio inactivada ➤ Vacuna de BCG según norma de cada país
Menos de 2 clasificaciones o condiciones y no disponibilidad de resultados de pruebas en el niño o la madre	INFECCIÓN SINTOMÁTICA VIH IMPROBABLE	➤ Tratar, aconsejar y dar seguimiento a la infección actual ➤ Consejería a la madre en alimentación y su propia salud ➤ Recomendar pruebas de VIH en madre o hijo
No cumple criterios para clasificarse en los anteriores y Prueba VIH negativa en la madre o el niño	INFECCIÓN VIH DESCARTADA	➤ Tratar, aconsejar y dar seguimiento a la infección actual ➤ Consejería a la madre sobre alimentación y su propia salud

12.4. CLASIFICACIÓN CLÍNICA PEDIÁTRICA DE LA OMS

SI HA CONFIRMADO LA INFECCIÓN CON EL VIH EN EL NIÑO, CLASIFIQUE CLÍNICAMENTE AL NIÑO POSITIVO

Uno de los siguientes: ▪ Desgaste/desnutrición severa inexplicable que no responde al tratamiento estándar ▪ Candidiasis Esofágica ▪ Ulceraciones por herpes Simplex de más de 1 mes ▪ Infecciones bacterianas severas múltiples o infecciones bacterianas recurrentes > 2 episodios en 1 año (no incluyendo neumonía) ▪ Neumonía por Pneumocystis (PCP)* ▪ Sarcoma de Kaposi ▪ Tuberculosis Extrapulmonar ▪ Afectación Cerebral por Toxoplasma en >1 mes* ▪ Encefalopatía por VIH* ▪ Meningitis por Cryptococo* ▪ Infección diseminada por micobacterias no TB	ESTADIO 4 ENFERMEDAD SEVERA (SIDA)	➤ Iniciar tratamiento TAR independientemente del conteo de CD4
Uno de los siguientes: ▪ Desnutrición moderada inexplicable que no responde al tratamiento estándar ▪ Diarrea inexplicable persistente (> 14 días) ▪ Fiebre persistente sin explicación, intermitente o constante, durante más de un mes ▪ Candidiasis oral persistente (después de las primeras 6-8 semanas de vida) ▪ Leucoplasia vellosa oral ▪ Gingivitis ulcerosa necrosante aguda - periodontitis ▪ Tuberculosis ganglionar o pulmonar ▪ Neumonía bacteriana grave recurrente ▪ Neumonitis intersticial linfóide sintomática* ▪ Neumopatía crónica asociada al VIH incluyendo las bronquiectasias* ▪ Anemia* inexplicable <8 g/dl, neutropenia* <500 /mm³ y/o trombocitopenia crónica* <50.000 /mm³	ESTADIO 3 ENFERMEDAD MODERADA	➤ Iniciar tratamiento TAR independientemente del conteo de CD4
Uno de los siguientes: ▪ Hígado y/o bazo agrandados sin explicación ▪ Erupciones papulares pruriginosas ▪ Infección extensa por el virus de las verrugas ▪ Molusco contagioso extenso ▪ Infección micótica de las uñas ▪ Ulceraciones recurrentes de la boca ▪ Parótida agrandada persistente sin explicación ▪ Eritema lineal gingival ▪ Herpes zoster ▪ Infecciones recurrentes o crónicas del tracto respiratorio superior (otitis media, otorrea, sinusitis o tonsilitis)	ESTADIO 2 ENFERMEDAD LEVE	Iniciar tratamiento ARV: ➤ < 24 meses: tratar a todos ➤ Si el recuento de CD4 está disponible ▪ 24-59 meses y CD4 ≤ 25% (o ≤ 750 células/mm³) ▪ A partir de 5 años si CD4 < 350 células/mm³
No síntomas o solamente: ▪ Linfadenopatía persistente generalizada	ESTADIO 1 ASINTOMÁTICO	Iniciar tratamiento ARV: ➤ < 24 meses: tratar a todos ➤ Si el recuento de CD4 está disponible ▪ 24-59 meses y CD4 ≤ 25% (o ≤ 750 células/mm³) ▪ A partir de 5 años si CD4 < 350 células /mm³

12.5. ¿TIENE EL NIÑO MENOR DE 2 MESES LA POSIBILIDAD DE VIH/SIDA?

DETERMINAR PRUEBA EN EL EMBARAZO O EN EL RECIÉN NACIDO:

Toda gestante debe realizarse una prueba durante el embarazo, si la madre no se la realizó, deberá hacerse al recién nacido al momento de nacer, utilice el resultado de la prueba realizada a la madre o al recién nacido para clasificarlo

Prueba virológica positiva	INFECCIÓN DE VIH CONFIRMADA	- Remitir para clasificación del escenario y evaluación para tratamiento antiretroviral - Dar profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol desde las 4 – 6 semanas - Suspender lactancia materna y ofrecer fórmula de acuerdo a la legislación del país. - Aconsejar a la madre sobre los cuidados en la casa - Dar seguimiento en 14 días
Una de las siguientes: - Madre VIH positiva - El lactante tiene anticuerpos VIH positivos (seropositivo)	POSIBLE INFECCIÓN DE VIH/ EXPUESTO AL VIH	- Dar profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol desde las 4 – 6 semanas - Sustituir lactancia materna por fórmula si se dan condiciones AFASS - Remitir/realizar prueba virológica para confirmar el estatus de VIH del niño 6 semanas después de discontinuar la lactancia materna - Considerar enfermedad grave por VIH presuntiva de acuerdo a la definición anterior - Dar seguimiento en 1 mes
Prueba de VIH negativa en la madre y en el lactante	INFECCIÓN DE VIH DESCARTADA	- Tratar, aconsejar y dar seguimiento a la infección existente - Aconsejar a la madre acerca de la alimentación del lactante y acerca de su propia salud

13. ¿TIENE EL NIÑO RIESGO DE TENER DIABETES MELLITUS?

PREGUNTAR: ¿EL NIÑO ORINA MUCHO (POLIURIA) O TOMA MUCHO LÍQUIDO (POLIDIPSIA)?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:

PREGUNTAR

- ¿Cuánto tiempo hace?
- ¿Se orina en la cama?
- ¿Ha notado algún cambio particular en la orina?
- ¿Ha perdido peso? ¿Cuánto?

OBSERVAR Y DETERMINAR:

- El estado de hidratación, tiene:
 - Deshidratación grave
 - Algún grado de deshidratación
 - Riesgo de deshidratación
 - No tiene deshidratación
- Determinar glucosa en orina (glucosuria)
- Determinar cetonuria (cuerpos cetónicos en orina)
- Determinar la glicemia (glucosa en sangre)

CLASIFIQUE AL NIÑO CON POLIURIA Y/O POLIDIPSIA

Todos los siguientes:

- algún grado de deshidratación o deshidratación grave
- glucosuria y cetonuria positivas
- glicemia ≥ 200 mg/dl

CETOSIS O CETOACIDOSIS DIABETICA

- referir urgente al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA"
- estabilizar
- iniciar rehidratación e insulina

Todos los siguientes:

- Sin deshidratación o con algún grado de deshidratación o alto riesgo de deshidratación
- Glucosuria positiva y cetonuria negativa
- Glicemia ≥ 200 mg/dl

DIABETES MELLITUS

- Referir URGENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA"
- Iniciar rehidratación e insulina

Todos los siguientes:

- Sin signos de deshidratación o con alto riesgo de deshidratación
- Glucosuria positiva o negativa y cetonuria negativa
- Glicemia < 200 mg/dl

POSIBLE DIABETES MELLITUS

- Realizar una determinación de glicemia post-sobrecarga

CLASIFIQUE DESPUÉS DE GLICEMIA POSTCARGA

- Glicemia postcarga ≥ 200 mg/dl

DIABETES MELLITUS

- REFERIR AL HOSPITAL SEGÚN LAS NORMAS DE ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE "REFIERA"

- Glicemia postcarga ≥ 126 mg/dl y < 200 mg/dl

INTOLERANCIA A LA GLUCOSA

- Referir para exámenes
- Consulta por pediatra
- Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato
- Reforzar hábitos de alimentación saludable

- Glicemia postcarga < 126 mg/dl

NO TIENE DIABETES MELLITUS

- Buscar otras causas de poliuria y polidipsia
- Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato
- Reforzar hábitos de alimentación saludable

SIGNOS DE ALARMA PARA REGRESAR DE INMEDIATO AL SERVICIO DE SALUD

SIGNOS DE ALARMA PARA VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO DE SALUD

- CUALQUIER NIÑO ENFERMO QUE:
 - NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO
 - VOMITA TODO
 - EMPEORA O NO SE VE BIEN
 - APARECE FIEBRE

- SI EL NIÑO TIENE NEUMONÍA O TOS O RESFRIADO REGRESAR SI:
 - RESPIRACIÓN RÁPIDA
 - DIFICULTAD PARA RESPIRAR
 - NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO
 - VOMITA TODO
 - EMPEORA O NO SE VE BIEN
 - APARECE FIEBRE

- SI EL NIÑO TIENE DIARREA REGRESAR SI:
 - SANGRE EN HECES
 - HECES LÍQUIDAS Y ABUNDANTES MÁS DE 10 EN 24 HORAS
 - NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO
 - VOMITA TODO
 - EMPEORA O NO SE VE BIEN
 - APARECE FIEBRE

- CUALQUIER LACTANTE MENOR DE 2 MESES QUE:
 - NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO
 - EMPEORA O NO SE VE BIEN
 - CIANOSIS O ICTERICIA
 - DIFICULTAD PARA RESPIRAR
 - SANGRE EN LAS HECES
 - FIEBRE O HIPOTERMIA
 - VOMITO PERSISTENTE

NORMAS DE REFERENCIA, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE REFIERA

R: RESPIRACIÓN = OXÍGENO

Cánula nasal, catéter nasal, cámara cefálica, bolsa de anestesia. Utilice el método más cómodo para el niño con el cual logra una adecuada saturación o mejoría en los signos de dificultad respiratoria.

E: ESTABILIDAD HEMODINÁMICA

Corregir deshidratación e hipovolemia con carga de LR o SSN 10 a 20 ml / kg, vigilar frecuencia cardíaca, llenado capilar y diuresis.

F: FRÍO = EVITAR HIPOTERMIA

Contacto piel a piel especialmente en el neonato, ropa tibia, lámparas de calor, incubadora u otro método seguro.

I: INFORMACIÓN A PADRES Y CUIDADORES

Explique la necesidad de referencia, calme temores, escuche a los padres y realice historia de referencia completa.

E: ENERGÍA = GLUCOSA

Para el neonato solución con dextrosa al 10% 80 a 100 ml/kg/día, leche materna o agua azucarada

R: REGISTRO Y MONITORIZACIÓN

Control de FC, FR, llenado capilar, signos de dificultad respiratoria, signos de deshidratación y diuresis al intervalo necesario según las condiciones del niño.

A: ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS Y MEDICAMENTOS

Menor de 10 kg: 100 ml/kg/día

10 - 20 kg: 1.000 ml + (50 ml/kg por cada kilo mayor de 10 kilos)

Mayor de 20 kg: 1.500 ml + (20 ml/kg por cada kilo mayor de 20 kilos)

- Al recién nacido no se le administran electrolitos (el primer día de nacido): DAD 10% sin electrolitos
- Al segundo día de vida: DAD 10% 500 ml + cloruro de sodio 10 ml
- Al tercer día de vida, y hasta los dos meses de vida (menor de dos meses: DAD 10% 500 ml + cloruro de sodio 10 ml + Cloruro de potasio 5 ml
- Al mayor de dos meses se le puede preparar la siguiente mezcla: DAD 5% 500 ml + Cloruro de Sodio 15 ml + Cloruro de Potasio 5 ml

Inicie antibiótico, corticoide, inhalador, vitamina A, antimaláricos u otros medicamentos necesarios antes de referir.

INTERVENCIONES	MANEJO
1. INTERVENCIONES ANTES DEL EMBARAZO	
Vigilancia del estado nutricional con el IMC previo al embarazo	Cuándo: En cada control Cómo: Peso/talla ² Por qué: Detectar desviaciones en la nutrición y corregirlas Cuánto tiempo: Todo el tiempo
Suplementación con ácido fólico	Cuándo: Dos a tres meses antes del embarazo Cómo: 400µg/día (0,4 mg/día), vía oral y consumir alimentos fuente tales como las verduras de hojas verdes, alimentos fortificados tales como arroz y harina de trigo. Por qué: Previene deficiencia de folatos y al embarazarse anomalías del tubo neural y otras anomalías congénitas Cuánto tiempo: Todo el tiempo
Detección y tratamiento de anemia con hierro	Cuándo: Palidez o Hb < 12g/dL: 60 mg de hierro elemental/día. Palidez severa o Hb < 7 g/dL: 120 mg de hierro elemental/día, vía oral. Cómo: Consumir preferiblemente a media mañana con un jugo (guayaba, fresa, naranja, otros), lejos de las comidas principales, evitar consumirlo con lácteos y evitar consumir el calcio y el hierro de manera simultánea. Por qué: Tratar anemia Cuánto tiempo tratar: Hasta obtener valor normal en hemoglobina.
Micronutrientes y salud reproductiva de la mujer	Cuándo: En su vigilancia de salud, 3 meses preconcepción y hasta el postparto mientras dure la lactancia materna. Cómo: Suplementos multivitamínicos y alimentación balanceada. Por qué: Previene problemas de salud y complicaciones perinatales Cuánto tiempo tratar: Todo el tiempo
Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (VIH, Herpes, Gonococo, Papiloma, etc)	Cuándo: En su vigilancia de salud. Cómo: Evaluación médica y laboratorio. Por qué: Previene problemas de salud y complicaciones perinatales. Cuánto tiempo tratar: Dependiendo de la enfermedad.
Desparasitación en áreas de alta prevalencia	Cuándo: En su vigilancia de salud. Cómo: Albendazol, 400 mg vía oral, dosis única; Mebendazol, 100 mg dos veces al día, vía oral por 3 días o Mebendazol 500 mg, vía oral, dosis única. Por qué: Prevenir desnutrición y anemia debida a parasitemia. Cuánto tiempo tratar: Una vez al año.
Detección y tratamiento de enfermedades crónicas (cardiovasculares, nutricionales, endocrinológicas)	Cuándo: En su vigilancia de salud. Cómo: Evaluación médica y laboratorio. Por qué: Previene desnutrición, obesidad, diabetes y en el futuro complicaciones perinatales. Cuánto tiempo tratar: Dependiendo enfermedad y protocolos
Detección, prevención y manejo de la violencia doméstica	Cuándo: En su vigilancia de salud. Cómo: Evaluación médica de signos de peligro. Por qué: Previene mortalidad, depresión, lesiones físicas y baja autoestima. Cuánto tiempo tratar: Dependiendo de lesiones y basándose en protocolos nacionales

INTERVENCIONES ANTES Y DURANTE GESTACIÓN Y PARTO

Detección, prevención y manejo del consumo de alcohol y tabaco	Cuándo: En su vigilancia de salud. Cómo: Evaluación médica de signos de peligro. Por qué: Previene mortalidad, depresión, personalidad antisocial, bajo rendimiento escolar y en el futuro disfunciones reproductivas. Cuánto tiempo tratar: Todo el tiempo con grupos de apoyo.
Detección, prevención y manejo de la depresión	Cuándo: En su vigilancia de salud. Cómo: Evaluación médica de signos de peligro. Por qué: Previene mortalidad, bajo rendimiento escolar y en el futuro depresión postparto. Cuánto tiempo tratar: Todo el tiempo con grupos de apoyo.
Detección y prevención del cáncer cervicouterino	Cuándo: En su vigilancia de salud. Cómo: Citología y colposcopia. Prevención: Vacuna del virus de papiloma humano (PVH) a todas las adolescentes entre 11 y 12 años de edad o en mujeres entre 13 y 26 años de edad que no recibieron la vacuna anteriormente. Por qué: Previene cáncer y mortalidad Cuánto tiempo tratar: Primera dosis al ser captada segunda dosis dos meses después de la primera dosis y tercera dosis 6 meses después de la primera dosis.
Esquema completo de inmunización	Cuándo: En su vigilancia de salud. Cómo: Completar el esquema de vacunación según la norma. Por qué: Previene morbilidad y en el futuro infecciones congénitas. Cuánto tiempo tratar: Seguir esquema de vacunación
Detección y tratamiento de enfermedad periodontal	Cuándo: En su vigilancia de salud. Cómo: Control odontológico (2 veces al año). Por qué: Previene morbilidad oral y en el futuro peso bajo al nacer, prematuridad. Cuánto tiempo tratar: Depende de la morbilidad.
Prevención del embarazo en adolescentes	Cuándo: En su vigilancia de salud. Cómo: Intervenciones de educación, incluyendo a los prestadores de servicios y los padres, así como programas para el uso de anticonceptivos. Por qué: Previene mortalidad perinatal y en el futuro peso bajo al nacer, prematuridad. Cuánto tiempo tratar: Todo el tiempo.
2. INTERVENCIONES DURANTE LA GESTACIÓN	
Control prenatal	Cuándo: 5 controles en el embarazo. Cómo: Según normas de OMS/OPS. Por qué: Prevenir y detectar riesgo. Cuánto tiempo: Durante toda la gestación.

Prevención de muertes fetales	Cuándo: Durante todo el embarazo. Cómo: Acceso adecuado al cuidado obstétrico, particularmente durante el prenatal, el trabajo de parto y el parto. Por qué: Prevenir y detectar riesgo para muerte fetal.
Prevención de nacimientos pretermino	Cuándo: Durante todo el embarazo. Cómo: Acceso adecuado al cuidado obstétrico, particularmente durante el prenatal, el trabajo de parto y el parto. Mayor uso de intervenciones basadas en evidencia. Por qué: Prevenir y detectar riesgo de muerte fetal y neonatal.
Manejo de ruptura prematura de membranas	Cuándo: Durante el control prenatal y el parto. Cómo: <i>Sin trabajo de parto pretérmino</i>, sin patologías, dar eritromicina 250 mg, VO, cada 6 horas por 7 días; si EG > 26 y < 36 semanas administrar corticoides prenatales. <i>Con trabajo de parto y gestación < 37 semanas</i>, administrar penicilina G 5 millones de UI, IV, como dosis inicial y luego 2,5 millones de UI, IV cada 4 horas. Por qué: Para reducir el riesgo de infección neonatal temprana, SDR y mortalidad neonatal.
Incremento de peso durante el embarazo	Cuándo: En cada control prenatal. Por qué: Detectar desviaciones en el incremento de peso. Cómo: Utilizando las tablas de IOM, 2009. Cuánto tiempo tratar: En cada control.
Disminuir las cesareas innecesarias	Cuándo: En el momento de la labor y el parto. Cómo: Evitar los nacimientos electivos por vía vaginal o cesarea antes de las 39 semanas cumplidas de EG. Por qué: Prevenir prematuridad y sus complicaciones.
Inmunización con toxoide tetánico contemplando el estado vacunal previo	Cuándo: 1er contacto y 4 semanas después. Cómo: 0.5 mL, IM por dosis. Por qué: Prevenir tetanos neonatal. Cuánto tiempo: 2 dosis o hasta completar 5 dosis.
Prevención de influenza con la aplicación de vacuna	Cuándo: Primer contacto en el prenatal. Cómo: Vacuna de virus de gripe estacional o pandémica de virus inactivados en una sola dosis Por qué: Prevenir Influenza A (H1N1) 2009 y complicaciones graves durante el embarazo.
Tamizaje y tratamiento de los casos de sífilis	Cuándo: 1er contacto y antes del parto. Cómo: Realizar VDRL o RPR, al primer contacto y en 3° trimestre o antes del parto. Por qué: Para detectar casos de sífilis y prevenir sífilis congénita. Cuánto tiempo tratar: Si prueba es positiva administrar 2.4 M de penicilina benzatínica, una dosis.

DetECCIÓN y tratamiento de la bacteriuria asintomática	Cuándo: 1er contacto en menores de 12 semanas, a las 28 y 32 semanas. Cómo: Tiras reactivas o urocultivo. Por qué: Previene parto prematuro, PBN, pielonefritis. Cuánto tiempo tratar: (Cefalexina 500 mg cada 8 horas, amoxicilina 500 mg cada 8 horas, o cefadroxilo, nitrofurantoina) por 7 a 10 días.
Prevención y tratamiento de anemia con hierro	Cuándo: Durante todo el embarazo, el posparto y durante la lactancia materna. Cómo: Las gestantes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren esta suplementación de forma rutinaria. Si se requiere en caso de gestantes con Hb < 12 g/dL, 60 mg/día hierro elemental, Hb < 7 g/dL, 120 mg de hierro elemental/día, vía oral. Por qué: Prevenir y tratar la anemia por deficiencia de hierro. Consumir el hierro preferiblemente a media mañana con un jugo (guayaba, fresa, naranja, otros), lejos de las comidas principales, evitar consumirlo con lácteos y evitar consumir el calcio y el hierro de manera simultánea. Cuánto tiempo tratar: todo el embarazo y tres meses posparto.
Prevención de preeclampsia y eclampsia con calcio	Cuándo: Toda embarazada con riesgo de preeclampsia (< 3 porciones de derivados lácteos por día o IMC < 18,5 y > 25 en el 1er trimestre) Cómo: Suplencia con carbonato de calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 Por qué: Previene hipertensión y preeclampsia en mujeres con riesgo. Cuánto tiempo tratar: Todo el embarazo.
Prevención de preeclampsia y eclampsia con Aspirina	Cuándo: Toda embarazada con riesgo de preeclampsia (IMC < 18,5 y > 25,0 en el 1er trimestre) Cómo: 75-100 mg/día, vía oral. Por qué: Previene preeclampsia, parto prematuro, BPN y mortalidad perinatal. Cuánto tiempo tratar: Todo el embarazo.
DetECCIÓN y tratamiento de infecciones de transmisión sexual	Cuándo: En sus controles prenatales. Cómo: Evaluación médica y laboratorio. Por qué: Previene anomalías congénitas y complicaciones perinatales. Cuánto tiempo tratar: Dependiendo enfermedad.
Antiretrovirales y otras acciones para reducir el riesgo de transmisión vertical de VIH	Cuándo: Durante el embarazo y parto. Cómo: Zidovudine: Durante la cesarea electiva: 100 mg VO 5 veces al día iniciando en la semana 14-34 y continuar durante todo el embarazo. Durante la cesarea electiva: 2 mg/kg IV seguido de infusión continua de 1 mg/kg/hora hasta el parto. Debe acompañarse con: cesarea electiva, educación a los padres y lactancia con fórmula artificial. Por qué: Disminuye la transmisión vertical. Cuánto tiempo tratar: Hasta finalizado el parto.
DetECCIÓN y tratamiento de diabetes	Cuándo: En su control prenatal. Cómo: Antecedentes de diabetes en la familia, IMC > 25, glicemia en ayunas de 105mg/dL. Por qué: Previene anomalías congénitas y complicaciones perinatales. Cuánto tiempo tratar: Dependiendo enfermedad y protocolos.
Desparasitación en zonas de alta prevalencia	Cuándo: Segundo y tercer trimestre. Cómo: Albendazol 400 mg, vía oral, dosis única. Por qué: Previene anemia. Cuánto tiempo tratar: Una dosis, dos veces.

Detección y tratamiento de estreptococo del grupo b	Cuándo: Durante el embarazo. Cómo: Cultivo rectal y vaginal entre las 35 y 37 semanas de gestación. Por qué: Previene infección neonatal temprana por estreptococo del grupo b. Cuánto tiempo tratar: Profiláctico intraparto: penicilina g: 5 millones de unidades iv (dosis inicial), luego 2.5 millones de unidades iv, c/4 horas hasta el parto, o ampicilina 2 g iv (dosis inicial) y luego 1 g iv, c/4 horas hasta el parto. si existe alergia a la penicilina: cefazolina 2 g iv (dosis inicial) y luego 1g iv, c/8 horas hasta el parto.
Nifedipina en trabajo de parto pretermino	Cuándo: Trabajo de parto pretermino. Cómo: 10 mg vía oral. Si la actividad uterina continua administrar 10 mg cada 20 minutos, VO, para un total de 3 dosis. Por qué: Previene parto prematuro, SDR, hemorragia intraventricular, ictericia. Cuánto tiempo tratar: Cada 20 minutos por 3 dosis en total.
Corticosteroides prenatales (betametasona, dexametasona), para inducir maduración pulmonar	Cuándo: De las 26 a < 35 semanas EG Cómo: BMT: 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis DMT: 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis Por qué: Reduce mortalidad neonatal, SDR, Hemorragia intraventricular, ECN, Sepsis Cuánto tiempo tratar: Ciclo único.
Detección, prevención y tratamiento de isoimmunización Rh	Cuándo: Si hay antecedentes administrar a las 28 y 34 semanas de gestación. Sin antecedentes administrar dentro de las 72 horas después del parto. Cómo: 120 a 300 miligramos, IM o IV. Por qué: Reduce muerte intrauterina, hidrops fetal, ictericia y/o anemia severa.
Detección y tratamiento de enfermedad periodontal	Cuándo: Realizar 2 controles en el embarazo. Cómo: Consulta odontológica. Por qué: Reduce prematuridad. Cuánto tiempo tratar: Durante todo el embarazo.
Detección, prevención y manejo de violencia doméstica, maltrato y depresión.	Cuándo: Todo el tiempo. Cómo: Buena comunicación intrafamiliar, apoyo psicosocial. Por qué: Prevenir muerte o discapacidades y trauma emocional. Cuánto tiempo tratar: Según caso con grupos de apoyo.
Detección y prevención de la exposición a tabaco	Cuándo: Todo el embarazo. Cómo: Apoyo psicosocial. Por qué: Prevenir RCIU, peso bajo al nacer y síndrome de muerte súbita Cuánto tiempo tratar: Según caso.
Detección y prevención de la exposición al alcohol	Cuándo: Todo el embarazo. Cómo: Apoyo psicosocial. Por qué: Prevenir el síndrome de alcohol fetal. Cuánto tiempo tratar: Según caso.
Detección y prevención de la exposición a drogas	Cuándo: Todo el embarazo. Cómo: Apoyo psicosocial. Por qué: Prevenir bajo peso al nacer, síndrome de abstinencia, anomalías congénitas, y

	síndrome de muerte súbita.
3. INTERVENCIONES DURANTE EL PARTO	
Prácticas de atención del parto limpio y seguro (con personal calificado)	Cuándo: Al momento del parto. Cómo: Lavado de manos, instrumentos limpios, entorno habilitante. Por qué: Evitar infecciones y complicaciones. Cuánto tiempo tratar: Durante el parto y posparto.
Acompañamiento a la madre durante el trabajo de parto y parto.	Cuándo: Durante el trabajo de parto y parto. Cómo: Dando apoyo a la madre. Por qué: Disminuye complicaciones obstétricas, reduce el trabajo de parto, la necesidad de cesáreas, la necesidad de medicamentos para el dolor.
Eritromicina en RPM antes del parto en < 37 semanas	Cuándo: Sin trabajo de parto. Cómo: Eritromicina 500 mg, vía oral cada 8 horas Por qué: Previene nacimiento prematuro, sepsis neonatal, corioamnionitis. Cuánto tiempo tratar: 7 días.
Vigilancia del trabajo de parto con partograma	Cuándo: Durante el trabajo de parto. Cómo: Utilizando el Partograma. Por qué: Disminuye las intervenciones innecesarias y complicaciones perinatales. Cuánto tiempo tratar: Durante todo el trabajo de parto.
Cesárea en presentación podálica en recién nacidos de bajo peso al nacer	Cuándo: Durante el trabajo de parto. Cómo: Cesárea electiva. Por qué: Disminuye complicaciones perinatales, asfixia y trauma al nacimiento.
Antibióticos profilácticos en cesárea	Cuándo: Cesárea electiva o no electiva. Cómo: Cefalotina en dosis única, 2 gramos IV, durante la cesárea. Por qué: Disminuye la endometritis y sus secuelas graves. Cuánto tiempo tratar: Una sola vez.
Manejo activo modificado del tercer periodo	Cuándo: Durante el tercer periodo del parto (alumbramiento) Cómo: Ocitocina 5 a 10 UI, IM, o Metilergonovina 0,5 mg, IM, o Misoprostol 0,4 a 0,8 mg, VO + tracción/contracción + masaje uterino abdominal Por qué: Disminuye el sangrado posparto. Cuánto tiempo tratar: Una sola dosis.
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	Cuándo: Durante el parto. Cómo: Pinzamiento entre los 2 y 3 minutos. Por qué: Evitar la anemia durante los primeros 4-6 meses del bebé, mejora la oxigenación cerebral del recién nacido.

TRATAR A TODOS LOS MENORES DE 2 MESES DE EDAD

ANTIBIÓTICO PREVIO A LA REFERENCIA LACTANTE MENOR DE 2 MESES

- » RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO si:
 - Ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas
 - Prematuro
- » ENFERMEDAD GRAVE
- » DIARREA CON SANGRE

Administre 2 antibióticos gentamicina y ampicilina

PESO	GENTAMICINA		AMPICILINA*para el <7 días	
	4 mg/kg/día IV lento o IM	FRECUENCIA	50 mg/kg/dosis IM o IV	Frecuencia
2 kg	8 mg	<34 sem. C/36h. ≥34 sem. C/24h.	200 mg	Cada 12 horas
3 kg	12 mg		300 mg	Cada 8 horas
4 kg	16 mg		400 mg	Cada 8 horas
5 kg	20 mg		500 mg	Cada 8 horas
6 kg	24 mg		600 mg	Cada 8 horas

*Si meningitis: 200 a 300 mg/kg/día dividido en cada 8 horas

TRATAR LA INFECCIÓN LOCAL DEL LACTANTE MENOR DE 2 MESES: PÚSTULAS EN LA PIEL O INFECCIÓN DEL OMBLIGO

Limpieza del área infectada

La madre debe administrar el antibiótico indicado por vía oral y hacer limpieza de la zona así:

- » Lavarse las manos
- » Lavar suavemente con agua y jabón para sacar la secreción purulenta y las costras
- » Utilizar un antiséptico local (alcohol) en el muñón umbilical
- » Secar la zona
- » Lavarse nuevamente las manos

Antibiótico de elección: CEFALEXINA

PESO	CEFALEXINA 25mg/kg/dosis Suspensión 250mg/5 ml	FRECUENCIA Y DURACIÓN
2 kg	1 ml	CADA 12 HORAS
3 kg	1,5 ml	
4 kg	2 ml	
5 kg	2,5 ml	DURANTE 7 DÍAS

TRATAR LA CANDIDIASIS ORAL DEL MENOR DE 2 MESES

Explique a la madre:

- » Debe lavarse las manos
- » Lavar la boca del niño con un paño suave enrollado en el dedo y humedecido con agua
- » Aplicar en la boca del niño la nistatina limpiando las lesiones
- » Lavarse las manos nuevamente

NISTATINA ORAL 100.000 U/ML

PESO	DOSIS	FRECUENCIA
2 – 3 kg	1 ml	CADA 6 HORAS DURANTE 7 DÍAS
4 – 6 kg	2 ml	

Agitar bien el frasco antes de aplicarla

RECORDAR QUE AL NACER SE DEBE

- » Mantener temperatura ambiental en sala de partos entre 28 y 30°C
- » Secar y abrigar al recién nacido
- » No aspirar boca ni nariz
- » Al dejar de latir el cordón umbilical se liga con cinta o clamp a 2 – 3 cm de la base y se corta con tijera estéril
- » Aplicar 1 mg de vitamina K intramuscular
- » Realizar profilaxis de infección ocular con tetraciclina, Eritromicina o yodopovidona
- » Colocar brazalete de identificación
- » Mantener al recién nacido en contacto piel a piel con su madre desde el nacimiento y amamantarlo dentro de la primera media hora que sigue al nacimiento

TRATAR LA CONJUNTIVITIS DEL MENOR DE 2 MESES

Explique a la madre que debe:

- » Lavar las manos
- » Limpiar los ojos del niño con un paño limpio 3 veces al día
- » Abrir hacia abajo el párpado inferior del niño
- » Aplicar antibiótico tópico en ungüento 3 veces al día o 6 veces si son gotas
- » Repetir en el otro ojo el mismo procedimiento
- » Seguir aplicando el tratamiento hasta que desaparezca la secreción purulenta
- » Lavar las manos

SULFACETAMIDA OFTÁLMICA o GENTAMICINA

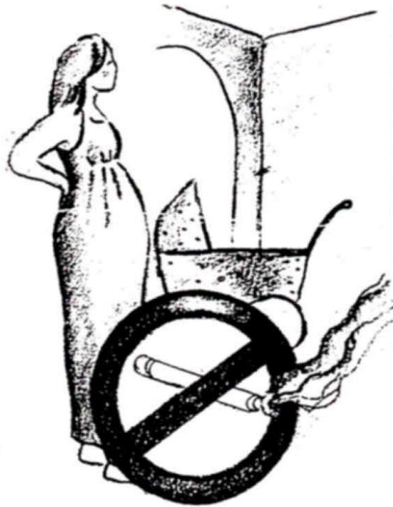
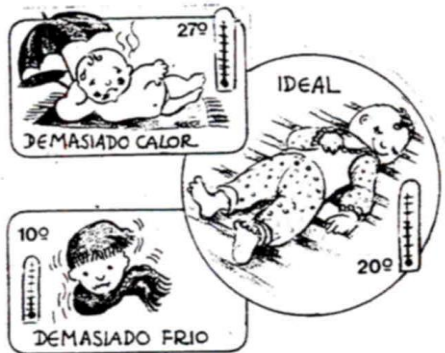
UNGÜENTO	GOTAS
3 veces al día	6 veces al día

CUIDADOS DE LA PIEL DEL NEONATO

La superficie de la piel, el vermis y el líquido amniótico protegen al recién nacido contra la invasión bacteriana al nacimiento y se debe:

- » Evitar el baño inmediato de recién nacidos prematuros o de bajo peso
- » Evitar quitar el vermis de la piel
- » Los recién nacidos de término y estables pueden bañarse con esponja, no inmersión; cuidando de no mojar el cordón umbilical
- » El cuero cabelludo se limpia cuidadosamente, así como el exceso de sangre
- » Puede limpiarse al bebé en caso de estar cubierto de sangre o líquido amniótico con un algodón impregnado con agua y un jabón neutro no antiséptico, o mejor con aceite mineral.
- » En caso de fetidez o sospecha de amnionitis realizar una higiene con jabón
- » Higiene cuidadosa de oídos, narinas y lugares de acumulación de sangre

PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA



PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA

- » **EL BEBÉ DEBE DORMIR SIEMPRE BOCA ARRIBA.**
- » No utilizar almohadones, edredones ni colchón blando.
- » No colocar muñecos ni peluches en la cuna del bebé
- » Los pies del bebé deben tocar el borde inferior de la cuna.
- » No lo abrigue demasiado.
- » No contamine el ambiente del bebé con cigarrillo.
- » La lactancia materna beneficia y protege al bebé.

TRATAR A TODOS LOS NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD

1. TRATAR AL NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

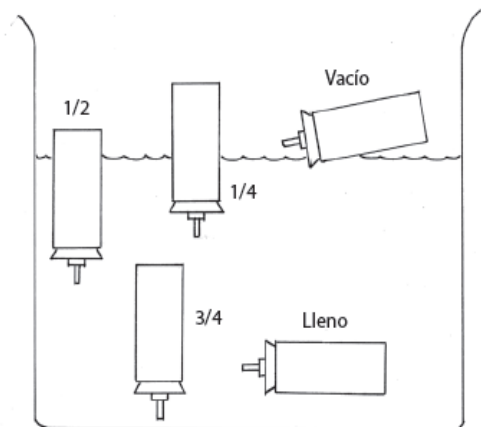
ANTIBIÓTICO PARA EL NIÑO CON NEUMONÍA GRAVE

PESO	PENICILINA CRISTALINA 250.000 U/kg/día Dividido en 6 dosis	AMPICILINA* 200mg/kg/día dividido en 4 dosis
4 – 6 kg	200.000 U cada 4 horas	250 mg cada 6 horas
7 – 9 kg	350.000 U cada 4 horas	400 mg cada 6 horas
10 – 12 kg	450.000 U cada 4 horas	550 mg cada 6 horas
13 – 15 kg	600.000 U cada 4 horas	700 mg cada 6 horas
16 – 18 kg	700.000 U cada 4 horas	850 mg cada 6 horas
19 – 21 kg	850.000 U cada 4 horas	1000 mg cada 6 horas

*Si el niño no ha recibido dos dosis de vacuna contra Haemophilus Influenza

ANTIBIÓTICO PARA EL NIÑO CON NEUMONÍA

PESO	AMOXICILINA 90 mg/kg/día Suspensión			FRECUENCIA Y DURACIÓN
	250mg/ 5ml	500mg/ 5ml	700 ó 750mg/ 5ml	
	Dosis cada 12 horas			
4 a 6 kg	5 ml	2,5 ml	1,5 ml	CADA 12 HORAS DURANTE 5 DÍAS
7 a 9 kg	7 ml	3,5 ml	2,5 ml	
10 a 12 kg	10 ml	5 ml	3,5 ml	
13 a 15 kg	12,5 ml	6,5 ml	4,5 ml	
16 a 18 kg	14,5 ml	7,5 ml	5 ml	
19 a 21 ka	18 ml	9 ml	6 ml	



TRATAR AL NIÑO CON SIBILANCIAS

PRIMER CICLO:

Administre broncodilatador de acción rápida (salbutamol) inhalado 3 – 5 puff cada 20 minutos, evaluar luego de cada dosis

Confirme si respira mejor, la FR ha disminuido, los signos de dificultad respiratoria han desaparecido, se siente mejor y se observa mejor.

SI

Tratamiento en el hogar con salbutamol inhalado cada 2 – 3 horas hasta que el niño se encuentre mejor, aumentar el intervalo según respuesta hasta suspenderlo.
Control en 2 días, si es recurrente, recuerde iniciar tratamiento controlador

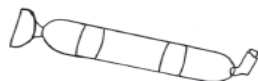
NO

Inicie **SEGUNDO CICLO**: 3 inhalaciones o nebulizaciones con salbutamol, cada 20 minutos y evaluar nuevamente al terminar el ciclo:

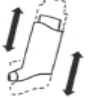
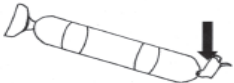
- ⇒ **MEJORA**: continuar indicaciones del niño que mejora con el primer ciclo.
- ⇒ **NO MEJORA**: Refiera para tratamiento en un hospital

Recuerde que el niño con sibilancias y signos de dificultad respiratoria debe tener oxígeno durante los ciclos de tratamiento

Cuatro años o menos



INHALADORES + CÁMARAS DE INHALACIÓN

 1 - Destapar	 2 - Agitar
 3 - Introducirlo en la cámara	 4 - Ajustarlo a la boca-nariz
 5 - Pulsar estando tranquilos	 6 - Respirar cuatro o cinco veces
 7 - Si es necesario otra dosis, esperar un minuto	

CÓMO HACER LA INHALACIÓN CON CÁMARA ESPACIADORA CON MÁSCARA PARA NIÑOS DE CERO A MENOS DE 4 AÑOS

1. Agitar el inhalador y encajarlo en la cámara.
2. Cargar al niño en brazos en posición de dar biberón; si no copera sujetar los brazos.
3. Acoplar la mascarilla en la cara del niño cubriendo nariz y boca.
4. Pulsar una sola dosis de fármaco.
5. Dejar que respire normalmente al menos cinco veces (30 segundos en el lactante).
6. El número mínimo de inhalaciones debe ser entre cinco y 10 veces.
7. Si hay que repetir la dosis espera uno a dos minutos.
8. Al terminar retirar el inhalador y taparlo.
9. Enjuagar la boca con agua y la zona de contacto de la mascarilla.

De cuatro a siete años



INHALADORES + CÁMARAS DE INHALACIÓN

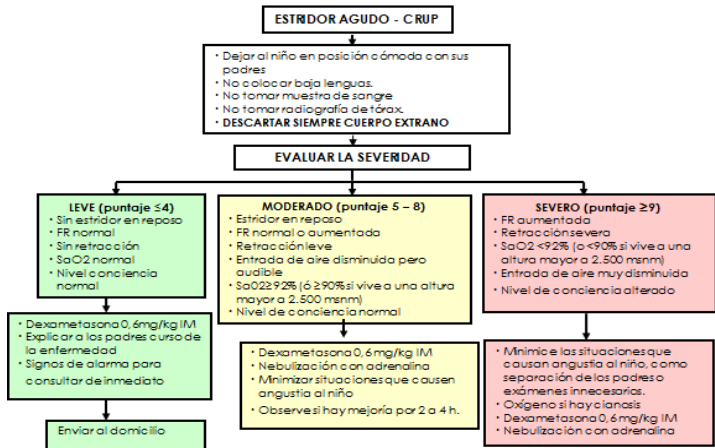
 1 - Destapar	 2 - Agitar	 3 - Echar el aire
 4 - Pulsar	 5 - Inspirar lentamente	 6 - Seguir hasta llenar los pulmones
 7 - Aguantar la respiración	 8 - Expulsar el aire despacio	 9 - Enjuagarse la boca con agua

MODO DE EMPLEO DE LA CÁMARA ESPACIADORA CON BOQUILLA PARA NIÑOS DE CUATRO A SIETE AÑOS:

1. El niño debe estar sentado o semisentado para permitir la máxima expansión torácica.
2. Agitar el inhalador enérgicamente y acoplarlo en la cámara.
3. Espirar el aire de los pulmones normalmente o de forma lenta y profunda, según la edad.
4. Colocar la boquilla en la boca apretando bien los labios a su alrededor.
5. Pulsar una dosis del fármaco.
6. Inspiración lenta y profunda cinco segundos
7. Mantener el aire en los pulmones cinco a diez segundos. Expulsarlo por la nariz.
8. Repetir el procedimiento para cada dosis con intervalos de 30 segundos a un minuto.
9. Retirar el inhalador y taparlo.

CORTICOESTEROIDE PARA LA CRISIS DE ASMA		
PESO	PREDNISOLONA	METILPREDNISOLONA
	1 mg/kg/dosis única por 3 a 5 días Tableta de 5 mg	1 mg/kg/dosis IV Cada 6 horas hasta tolerancia oral Ampolla de 40 mg y 500 mg
4 - 6 Kg.	1 tableta	5 mg
7 - 9 Kg.	1 1/2 tableta	8 mg
10 - 12 Kg.	2 tabletas	11 mg
13 - 15 Kg.	3 tabletas	15 mg
16 - 18 Kg.	3 1/2 tabletas	17 mg
19-21 Kg.	4 tabletas	20 mg

ESCALA DE SEVERIDAD DEL CRUP SÍNTOMAS		SCORE
Estridor	No	0
	Cuando está agitado	1
	En reposo	2
Retracción (Tiraje)	No	0
	Leve	1
	Moderada	2
	Severa	3
Entrada de aire	Normal	0
	Disminuida	1
	Marcadamente disminuida	2
Cianosis respirando aire ambiente	No	0
	Con agitación	4
	En reposo	5
Nivel de conciencia	Normal	0
	Desorientado	5



DEXAMETASONA PARA EL NIÑO CON CRUP	
PESO	0,6 mg/kg/dosis única
4 - 6 kg	3 mg
7 - 9 kg	5 mg
10 - 12 kg	7 mg
13 - 15 kg	8 mg
Más de 16 kg	10 mg

RECOMENDACIONES PARA CUIDAR AL NIÑO CON TOS O RESFRIADO EN CASA Y MEDIDAS PREVENTIVAS

El tratamiento del resfriado se basa en unas medidas generales que, si se realizan con frecuencia, el niño se sentirá mejor:

- ▶ Aseo nasal con suero fisiológico y limpieza de las secreciones de la nariz
- ▶ Ofrecer alimentos en pequeñas cantidades y con mayor frecuencia
- ▶ Ingesta permanente de líquidos
- ▶ Evitar exceso de abrigo

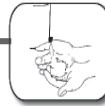
MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LOS CUADROS DE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

- ▶ Evitar contacto con fumadores
- ▶ Evitar contacto con personas con gripa
- ▶ Tapar boca y nariz cuando el niño va a cambiar de temperatura, principalmente en las mañanas y en las noches
- ▶ Lavado de manos siempre:
 - Después de toser
 - Después de estornudar
 - Después de sonarse o tocarse la nariz o la boca
 - Antes y después de cada comida
 - Después de entrar al baño o cambiar los pañales del bebé
 - Después de jugar o tocar objetos comunes
 - Cuando estén visiblemente sucias
- ▶ Higiene respiratoria: evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- ▶ Enseñar a toser o estornudar:
 - Colocar un pañuelo de papel desechable o papel higiénico sobre boca y nariz al toser o estornudar y posteriormente botarlo a la basura y lavarse las manos.
 - Cuando no sea posible acceder a papel desechable, se debe hacer sobre la flexura del codo
- ▶ Cuidar al niño enfermo en casa, no debe salir ni estar en contacto con otros niños; no deben asistir al jardín o la guardería hasta 24 horas después de mejorar los síntomas.
- ▶ Ventilar adecuadamente a diario la casa y la habitación del niño enfermo y en los posible aislarle del resto de los miembros de su familia, mínimo un metro.
- ▶ Una de las medidas preventivas más efectiva es la vacunación completa

Mójese las manos con agua y deposite
en las palmas jabón líquido o...



...deposite en la palma de las manos
secas una dosis de solución



Frótese las palmas de las manos
entre sí y entrelazando los dedos



Frótese cada palma contra el dorso de
la otra mano y entrelazando los dedos



Frótese las puntas de los dedos



Alrededor de los pulgares



Y las muñecas



Enjuáguese las manos con
agua y séquelas con una
toalla de un solo uso o...



...deje que la solución
se seque sola



Cubra su boca y nariz al toser o estornudar con
pañuelos de papel y tírelos a la basura



Si no tiene pañuelo de papel, tosa y estornude sobre la
maga de su camisa para no contaminar las manos

2. TRATAR AL NIÑO CON DIARREA

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- » Prevenir la deshidratación, si no hay ningún signo de deshidratación;
- » Tratar la deshidratación, cuando está presente;
- » Prevenir el daño nutricional, mediante la alimentación del niño durante y después de la diarrea; y
- » Reducir la duración y gravedad de la diarrea y aparición de episodios futuros, administrando suplementos de zinc.

PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN CASA

PRIMERA REGLA: Dar más líquido de lo habitual para prevenir la deshidratación

SEGUNDA REGLA: Seguir dando alimentos al niño para prevenir la desnutrición

TERCERA REGLA: Administrar zinc al niño todos los días durante 14 días

CUARTA REGLA: Signos de alarma para consultar de inmediato

QUINTA REGLA: Enseñar medidas preventivas específicas

PRIMERA REGLA: DAR MÁS LÍQUIDO DE LO HABITUAL PARA PREVENIR LA DESHIDRATACIÓN

Los líquidos deben ser seguros, fáciles de preparar, aceptables y eficaces.

- ⇒ **SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL:** Administre en casa después de cada deposición o al vomitar para prevenir deshidratación.
- ⇒ **AGUA:** Aunque no suministra sodio ni glucosa, es un líquido aceptable, especialmente si se da con alimentos fuente de almidón, preferiblemente con sal. Agua y galletas de sal o rosquitas que contienen almidón y sal.
- ⇒ **LÍQUIDOS QUE CONTIENEN ALIMENTOS:** Cocimiento de cereales (arroz, maíz, cebada) o los preparados con papa o plátano, sopas caseras, agua de arroz o aguas en que se han cocido cereales.
- ⇒ **LÍQUIDO BASADO EN PAPA:**
 - Ingredientes: dos papas de tamaño mediano, media cucharadita tintera de sal, un litro de agua.
 - Preparación: se pelan y se pican las papas, se ponen en una olla con un litro de agua y media cucharadita tintera de sal, se pone a cocinar durante media hora, se licúa, se deja enfriar y se le da al niño. Debe insistirse en que debe ser muy cuidadoso en la medida de la sal.
- ⇒ **LÍQUIDO BASADO EN PLÁTANO**
 - Ingredientes: medio plátano verde, un litro de agua, media cucharadita tintera de sal
 - Preparación: se pela y se pica medio plátano verde, se pone en una olla con un litro de agua y media cucharadita tintera de sal, se cocina durante media hora, se licúa, se deja enfriar y se le da al niño.
- ⇒ **LÍQUIDO BASADO EN ARROZ TOSTADO**
 - Ingredientes: ocho cucharadas de arroz, media cucharadita de sal, un litro de agua
 - Preparación: Se tuesta el arroz en un sartén, sin agregar grasa, cuando esté tostado, se muele. Se ponen en una olla ocho cucharadas soperas rasas del polvo de arroz tostado, un litro de agua y media cucharadita tintera de sal. Se cocina durante quince minutos, se deja enfriar y se le da al niño.

NOTA: No se recomienda la mezcla de agua, sal y azúcar o suero casero, por los errores en su preparación.

PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN CASA

SEGUNDA REGLA: SEGUIR ALIMENTANDO AL NIÑO PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN

No debe suspenderse la alimentación habitual del niño y debe aumentarse una vez finalizada la diarrea.

⇒ **LECHE:**

- Los lactantes amamantados debes continuar lactancia materna tan a menudo y con la frecuencia que lo deseen.
- Las fórmulas lácteas no deben modificarse ni suspenderse. Si el niño se encuentra bien para manejarse en casa, no requiere modificaciones en la fórmula, la alteración en la absorción de lactosa, clínicamente no es importante en el niño que está en condiciones de manejarse en casa.

⇒ **ALIMENTOS:** Continuar la alimentación normal del niño, en pequeñas cantidades, con mayor frecuencia, si es posible añada 1 cucharadita de aceite vegetal en la toma de cereal. Los alimentos deben estar bien cocidos, triturados y molidos para que sean más fáciles de digerir. No se recomiendan las "dietas astringentes". Una vez terminada la diarrea, continúe con alimentos ricos en energía y administre una comida adicional, durante al menos dos semanas o hasta que el niño recupere su peso.

TERCERA REGLA: ADMINISTRAR ZINC AL NIÑO TODOS LOS DÍAS DURANTE 14 DÍAS

La administración de zinc al comienzo de la diarrea reduce la duración y gravedad del episodio así como el riesgo de deshidratación. Si se continúa administrando durante 14 días, se recupera el zinc perdido durante la diarrea y el riesgo de que el niño sufra nuevos episodios en los dos o tres meses siguientes disminuye.

ZINC:

SUPLEMENTACIÓN CON ZINC		
EDAD	TRATAMIENTO DE DIARREA	TRATAMIENTO DEL NIÑO CON DESNUTRICIÓN
Menor de 6 meses	10 mg / día	5 mg / día
6 meses a 10 años	20 mg / día	10 mg / día

CUARTA REGLA: SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR DE INMEDIATO

- » Deposiciones líquidas muy frecuentes, más de 10 en 24 horas
- » Vomita repetidamente
- » Tiene mucha sed
- » No come ni bebe normalmente
- » Tiene fiebre
- » Hay sangre en las heces

PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN CASA

QUINTA REGLA: ENSEÑAR MEDIDAS PREVENTIVAS

- ⇒ **Lactancia materna:** El menor de 6 meses debe ser amamantado exclusivamente
- ⇒ **Mejores prácticas de alimentación:** Alimentos nutritivos y prácticas higiénicas cuando se preparan
- ⇒ **Abastecimiento de agua:**
 - Recoger el agua de la fuente más limpia posible
 - Recoger y almacenarla en recipientes limpios, vaciarlos y enjuagarlos a diario
 - Si es posible hervir el agua (es suficiente un solor hervor), especialmente la de la comida de los niños pequeños.
- ⇒ **Lavado de manos:** Siempre después de defecar, después de limpiar al niño que ha defecado, después de eliminar las heces del niño, antes de manipular los alimentos, antes de comer y cuando se observen sucias. Utilizar jabón y suficiente agua.
- ⇒ **Inocuidad de los alimentos:** Los alimentos pueden contaminarse en cualquier momento durante su preparación, almacenamiento, se debe enseñar a:
 - No comer los alimentos crudos excepto frutas, verduras y hortalizas enteras que se hayan pelado y comido inmediatamente
 - Lavado de manos ya descrito
 - Cocer los alimentos hasta que el calor llegue al interior
 - Comer los alimentos cuando aún estén calientes o recalentarlos bien antes de comer
 - Lavar y secar completamente todos los utensilios de cocinar y servir después de usados
 - Mantener los alimentos cocinados y los utensilios limpios separados de los alimentos no cocinados y los utensilios potencialmente contaminados
 - Proteger los alimentos de las moscas utilizando mosquiteros
- ⇒ **Uso de letrinas y eliminación higiénica de heces**
- ⇒ **Vacuna contra rotavirus.**

PLAN A SUPERVISADO

Los niños que no están deshidratados, pero tienen alguna condición de riesgo como vómito persistente o diarrea de alto gasto o rechazo a la vía oral deben ser observados en la institución e iniciar **PLAN A SUPERVISADO**:

- ⇒ Reponer las pérdidas por vía oral con suero de rehidratación oral e iniciar alimentación
- ⇒ Observar respuesta y revalorar
- ⇒ Si tolera vía oral y es posible mantener hidratación en casa, dar salida con recomendaciones de PLAN A
- ⇒ Si persiste alto gasto, emesis o rechaza la vía oral por completo, realizar tratamiento en la institución

PLAN B: TRATAR LA DESHIDRATACIÓN CON SRO

SRO DE BAJA OSMOLARIDAD

La nueva SRO-75 de baja osmolaridad, es la fórmula recomendada por la OMS y UNICEF, la mezcla de sales para disolver en un litro de agua es:

	mmol/litro
• Sodio	75
• Cloro	65
• Glucosa anhidra	75
• Potasio	20
• Citrato	10
• Osmolaridad total	245 mOsm/l

- Reduce 33% necesidad de líquidos intravenosos comparado con SRO-90
- Reduce incidencia de vómito 30%
- Reduce volumen fecal 20%

PLAN B: TRATAR LA DESHIDRATACIÓN CON SRO

CANTIDAD APROXIMADA DE SOLUCIÓN DE SRO EN LAS PRIMERAS 4 HORAS 75 ml/kg (50 – 100 ml/kg)

EDAD	Menos de 4 meses	4-11 meses	12-23 meses	2-4 Años	5-14 años	15 años o más
PESO	< 5 kg	5 – 7,9 kg	8 – 10,9 kg	11 – 15,9 kg	16 – 29,9 kg	> 30 kg
MILILITROS	200 - 400	400 - 600	600 - 800	800 - 1200	1200 - 2200	2200 - 4000

- Use la edad del paciente sólo cuando no conozca el peso. La cantidad aproximada de SRO requerida (en mililitros) también puede calcularse multiplicado por 75 el peso del niño en kilogramos.
- Si el paciente quiere más solución de SRO de la indicada, darle más.
- Ofrecer el SRO a cucharaditas cada 1 a 2 minutos o en el niño mayor a sorbos de una taza.
- Alentar a la madre a que siga amamantando a su hijo.
- En los lactantes menores de 6 meses que no se amamanten, si se usa la solución de SRO de la OMS que contiene 90 mmol/l de sodio habrá que darles también 100 a 200 ml de agua potable durante éste período. No será necesario si se usa la nueva solución de SRO de osmolaridad reducida que contiene 75 mmol/l de sodio.

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE REHIDRATACIÓN ORAL

Examinar al niño cada hora durante el proceso de rehidratación, si aparecen signos de deshidratación grave en el niño, cámbiese al plan C de tratamiento de la diarrea. A las cuatro horas hacer evaluación completa y volver a clasificar:

Decidir cómo continuar el tratamiento:

- Si aparecen signos de deshidratación grave, comenzar tratamiento intravenoso (IV) siguiendo el plan C. Esto sólo se producirá en niños que beban mal la solución de SRO y evacúen grandes cantidades de heces líquidas frecuentemente durante el periodo de rehidratación.
- Si el niño sigue teniendo signos de algún grado de deshidratación, continuar con el tratamiento de rehidratación oral, aplicando de nuevo plan B.
- Si no hay ningún signo de deshidratación (el signo del pliegue cutáneo ha desaparecido, la sed cede, orina normalmente y se tranquiliza, no está irritable y a menudo se queda dormido), iniciar la alimentación en el servicio de salud, para comprobar la tolerancia y que no aumente significativamente el gasto fecal. Antes de dar de alta enseñar a la madre cómo tratar a su hijo en casa con la solución de SRO y alimentos siguiendo el plan A, darle suficientes sobres de SRO para dos días. También dar suplemento de zinc durante 10 a 14 días y enseñarle qué signos indican que debe regresar con su hijo a la consulta y las medidas preventivas adecuadas para la familia.

PLAN C: TRATAT LA DESHIDRATACIÓN GRAVE

PLAN C: TRATAMIENTO INTRAVENOSO EN NIÑOS CON DESHIDRATACIÓN GRAVE

- Administrar los líquidos intravenosos inmediatamente.
- Si el paciente puede beber, dar SRO por vía oral hasta que se instale la infusión.
Administrar 100 ml/Kg de lactato de Ringer repartidos de la siguiente manera:

EDAD	PRIMERO ADMINISTRAR 30 ml/kg en:	LUEGO ADMINISTRAR 70 ml/kg en:
Lactantes menor de 12 meses	1 hora	5 horas
Niños de más de 12 meses	30 minutos	2 ½ horas

- Reevaluar cada media hora. Si la hidratación no mejora, administre la solución más rápida. Repetir otra carga si el pulso es débil.
- Después de 6 horas (en lactantes) o 3 horas (en los mayores), evaluar el estado de hidratación y elegir el plan de tratamiento apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento.
- Si no dispone de lactato de Ringer, puede usar solución salina normal.

¿QUÉ HACER SI NO ES POSIBLE EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO?

- ⇒ Si existe una institución a menos de 30 minutos donde se pueda iniciar la terapia intravenosa, refiera de inmediato.
- ⇒ Si no existe una institución cercana pero puede colocar una SNG, inicie la terapia de rehidratación por sonda nasogástrica, 20 ml/kg/hora durante 6 horas (Total: 120 ml/kg). Si el abdomen se distiende, administrar la solución de SRO más lentamente hasta que ésta mejore.
- ⇒ Si no es posible una SNG y puede beber, administre SRO por vía oral a 20 ml/kg/hora durante 6 horas (Total: 120 ml/kg); en caso de vómito administrar la solución más lentamente.

HIDRATACIÓN INTRAVENOSA EN EL NIÑO QUE NO SE ENCUENTRA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE

En niños con distensión abdominal o trastornos de conciencia, vómito persistente, diarrea de alto gasto, rechazo a la vía oral, falta de colaboración de la madre o cualquier contraindicación para la vía oral que no tienen deshidratación grave, puede utilizarse hidratación intravenosa rápida; existen varios esquemas:

- Lactato Ringer 75 ml/kg en 3 horas, como lo mezcla aporta poco potasio, tan pronto flere vía oral, iniciar SRO, rehidratación mixta.
- Solución polielectrolítica (solución 90 o solución Pizarro) tiene sodio 90, cloro 80, potasio 20, acetato 30 con dextrosa al 2%, ideal para hidratar cuando no se puede utilizar vía oral y el paciente no tiene deshidratación grave, utilizar 25 ml/kg/hora, hasta corregir el déficit del niño: deshidratación leve 50 ml/kg en dos horas y con deshidratación moderada 100 ml/kg en cuatro horas.
- Preparar la solución 90 con partes iguales de solución salina y dextrosa al 5% y adicionar 20 mEq/l de potasio: la mezcla contiene 77 mEq/l de sodio, 97 mEq/l de cloro, 20 mEq/l de potasio y dextrosa al 2,5%

NOTA: No utilizar para hidratación oral mezclas que contienen dextrosa al 5%, se puede presentar hiperglicemia.

TRATAR AL NIÑO CON DIARREA PERSISTENTE

El objetivo del tratamiento es mejorar el estado nutricional y recuperar la función intestinal normal, y consiste en dar:

- » Líquidos apropiados para prevenir o tratar la deshidratación
- » Una alimentación nutritiva que no empeore la diarrea
- » Suplementos vitamínicos y minerales, sin olvidarse del zinc durante 14 días
- » Antimicrobianos para tratar las infecciones diagnosticadas

ALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES AMBULATORIOS

- ⇒ Seguir amamantado
- ⇒ Será preferible el yogurt casero, a cualquier leche de animales; el yogurt casero contiene menos lactosa y se tolera mejor. De lo contrario, limite la leche de vaca a 50 ml/kg al día; mayores cantidades pueden agravar la diarrea. Mezcle la leche con los cereales del niño; no diluya la leche.
- ⇒ El inconveniente de diluir la leche es no aportar las calorías suficientes, pero si las calorías que se pierden al diluir la leche se remplazan con almidones y grasa, se puede obtener una mezcla con suficientes calorías y proteínas y bajo contenido de lactosa; un ejemplo es:
 - ÷ Pan tajado: una tajada
 - ÷ Leche pasteurizada: 100 ml (tres onzas)
 - ÷ Agua: 100 ml (tres onzas)
 - ÷ Azúcar: cinco gr (una cucharadita dulcera rasa)
 - ÷ Aceite vegetal: cinco ml (una cucharadita dulcera rasa)
 La mezcla se licúa
- ⇒ Dar otros alimentos que sean apropiados para la edad del niño, dar estos alimentos en cantidad suficiente para lograr un aporte energético suficiente. Los lactantes mayores de seis meses cuya única alimentación ha sido la leche de animales deberán empezar a tomar alimentos sólidos.
- ⇒ Dar comidas ligeras pero frecuentes, al menos seis veces al día.

ADMINISTRAR MULTIVITAMÍNICOS Y MINERALES COMPLEMENTARIOS

INGREDIENTES	1DDR	2DDR
Vitamina A* (µg RE)	400	800
Vitamina D (µg)	10	20
Vitamina E (µg)	5	10
Vitamina K(µg)	15	30
Vitamina C (mg)	40	80
Tiamina (mg) B1	7	1.4
Riboflavina (mg)B2	8	1,6
Niacina (mg)	9	18
Vitamina B6 (mg)	1	2
Ácido Fólico* (µg)	50	100
Vitamina B12 (µg)	0,7	1,4
Biotina (µg)	20	40
Calcio (mg)	800	1600
Fósforo (mg)	800	1600
Magnesio* (mg)	80	160
Hierro (mg)	10	20
Zinc* (mg)	10	20
Cobre* (mg)	1	2
Yodo (µg)	70	140
Selenio (µg)	20	40
Manganeso (mg)	1,75	2,5
Flúor (mg)	1	2
Cobalto (µg)	50	100
Molibdeno (µg)	37,5	75

TRATAR LA DISENTERÍA*:

ACIDO NALIDÍXICO

Dosis: 55 mg/kg/día dividido en dosis c/6horas

Durante 5 días

Jarabe 250 mg/5 ml

PESO	DOSIS CADA 6 HORAS POR 5 DÍAS
5 – 7 kg	1,5 ml
8 – 10 kg	2,5 ml
11 – 13 kg	3,5 ml
14 – 16 kg	4,0 ml
17 – 19 kg	5,0 ml
20 – 22 kg	5,5 ml
23 – 25 kg	6,5 ml

*El tratamiento del niño hospitalizado con DISENTERÍA con contraindicación a antibiótico vía oral es Ceftriaxona

ANTIMICROBIANOS INEFICACES PARA EL TRATAMIENTO DE LA SHIGELOSIS

- Metronidazol
- Estreptomicina
- Tetraciclinas
- Cloranfenicol
- Sulfonamidas
- Amoxicilina
- Nitrofuranos (nitrofurantoina, furazolidona)
- Aminoglucósidos (gentamicina, amikacina)
- Cefalosporinas de primera y segunda generación (cefalexina)

ANTIMICROBIANOS USADOS PARA TRATAR CAUSAS ESPECÍFICAS DE LA DIARREA

CAUSA	ANTIBIÓTICOS QUE SE PREFIEREN	OTROS ANTIBIÓTICOS
DISENTERÍA POR SHIGELLA	ACIDO NALIDÍXICO Niños: 55 mg/kg/día en 4 dosis diarias por 5 días	Ceftriaxona Niños: 100 mg/kg una vez al día IV durante cinco días SOLO PARA USO HOSPITALARIO
AMEBIASIS	Metronidazol Niños: 10 mg/kg/dosis tres veces al día durante cinco días (10 días para la enfermedad grave)	
GIARDIASIS	Metronidazol Niños: 5 mg/kg/dosis tres veces al día durante cinco días.	

3. TRATAR AL NIÑO CON FIEBRE

TRATAR LA FIEBRE O EL DOLOR

ACETAMINOFÉN 12 – 15 MG/KG/DOSIS			
PESO	GOTAS 100mg/ml	JARABE 160mg/5ml	FRECUENCIA
2 kg	8 gotas	0,8 ml	CADA 8 HORAS
3 kg	12 gotas	1,2 ml	
4 kg	16 gotas	1,5 ml	
5 kg	20 gotas	2 ml	
6 – 8 kg	28 gotas	3 ml	CADA 6 HORAS
9 – 11 kg	40 gotas	4,5 ml	
12 – 14 kg	50 gotas	6 ml	
15 – 17 kg	65 gotas	7,5 ml	
18 – 20 kg	75 gotas	9 ml	

TRATAR AL NIÑO CON ENFERMEDAD FEBRIL DE ALTO RIESGO

CEFTRIAXONA 100mg/kg/dosis única diaria IV ó IM			AMPICILINA* 300 mg/kg/día en 4 dosis IV	
PESO	DOSIS	FRECUENCIA	DOSIS	FRECUENCIA
4 – 6 kg	500 mg	UNA DOSIS DIARIA	375 mg	CADA 6 HORAS
7 – 9 kg	800 mg		600 mg	
10 – 12 kg	1 gr.		825 mg	
13 – 15 kg	1,4 gr.		1000 mg	
16 – 18 kg	1,7 gr.		1275 mg	
19 – 21 kg	2 gr.		1500 mg	

* Si el niño tiene una edad entre 2 y 3 meses.

PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO PARA EL NIÑO CON MALARIA COMPLICADA*

MEDICACIÓN	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN
Artesunato IV	2,4 mg/kg IV al ingreso (tiempo 0), y luego a las 12 horas y 24 horas. Continuar una vez al día hasta tolerar VO o hasta completar 7 días. Contraindicado en menores de 6 meses.
Artesunato VO**	Iniciar cuando tolere la VO en dosis de 2,4 mg/kg/días hasta completar 7 días. Contraindicado en menores de 6 meses.
Doxicilina VO o	Iniciar cuando tolere la VO en combinación con artesunato en dosis de 3 mg/kg/días una vez al día por 7 días. Contraindicado en menores de 8 años.
Clindamicina VO	Dosis 15 – 20 mg/kg/día repartidos en 3 ó 4 dosis durante 7 días

SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO PARA EL NIÑO CON MALARIA COMPLICADA	
MEDICAMENTO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN
Quinina Diclorhidrato Ampollas de 600 mg / 2 ml solución inyectable	Dosis inicial: bolo de 20 mg/kg, disuelto en 200 – 500 ml. De dextrosa al 5% o 10% en proporción de 5 a 10 ml/kg (máximo 500 ml) para pasar en 4 horas. Dosis de mantenimiento: 10 mg/kg/dosis cada 8 horas, disolver y pasar en 4 horas, igual que para la dosis inicial. Pasará a quinina vía oral una vez el paciente tolere la vía oral hasta completar 7 días de tratamiento.
Clindamicina tabletas de 300 mg o Doxicilina*	Dosis 15 – 20 mg/kg/día repartidos en 3 ó 4 dosis durante 5 días Dosis 3 mg/kg/día una vez al día por 5 días *Solo en mayores de 8 años

ARTESUNATO RECTAL PARA TRATAMIENTO ANTES DE REFERENCIA DE NIÑOS CON MALARIA COMPLICADA			
PESO (kg) /	EDAD	DOSIS DE ARTESUNATO	ESQUEMA (DOSIS ÚNICA)
5 – 8,9 kg	0 – 12 meses	50 mg	Un supositorio de 50 mg
9 – 19 kg	13 – 42 meses	100 mg	Un supositorio de 100 mg
20 – 29 kg	43 – 60 meses	200 mg	Dos supositorios de 100 mg
30 – 39 kg	6 – 13 años	300 mg	Tres supositorios de 100 mg

PRIMERA LÍNEA PARA TRATAMIENTO DE LA MALARIA NO COMPLICADA POR P. FALCIPARUM						
Artemeter + Lumefantrine 6 dosis en total: 2 tomas al día por 3 días (tabletas de 20 mg de Artemeter y 120 mg de Lumefantrine)						
Peso (kg)/ Edad	Número de tabletas y frecuencia de administración*					
	0 horas	8 horas	24 horas	36 horas	48 horas	60 horas
5 – 14 kg (< 3 años)	1	1	1	1	1	1
15 – 24 kg (3 – 8 años)	2	2	2	2	2	2
25 – 34 kg (9 – 14 años)	3	3	3	3	3	3
> 34 kg (> 14 años)	4	4	4	4	4	4

TRATAMIENTO DE LA MALARIA NO COMPLICADA POR P. VIVAX

Cloroquina bifosfato (tableta 250 mg contenido base 150 mg) Dosis total 25 mg/kg: 10 mg/kg inicial y 7,5 mg/kg a las 24 y 48 horas

Primaquina* (tabletas de 15 mg y 5 mg) Dosis 0,25 mg/kg por día durante 14 días. *No usar en menores de 2 años.

Edad / Peso	Número de tabletas por medicamento por día						
	1 ^{er} día		2 ^{do} día		3 ^{er} día		4 – 14 día
	CQ	PQ	CQ	PQ	CQ	PQ	PQ
6-11 meses 5-9 kg	1/2	*	1/4	*	1/4	*	*
1-3 años 10-14 kg	1	1* (5 mg)	1/2	½* (2,5 mg)	1/2	½* (2,5 mg)	½* (2,5 mg)
4-8 años 15-24 kg	1	1 (5 mg)	1	1 (5 mg)	1	1 (5 mg)	1 (5 mg)
9-11 años 25-34 kg	2	½ (7,5mg)	2	½ (7,5 mg)	2	½ (7,5 mg)	½ (7,5mg)
12-14años 35-49 kg	3	1 (15 mg)	2	1 (15 mg)	2	1(15 mg)	½ (7,5mg)
> 15 años > 50 kg	4	1 (15 mg)	3	1 (15 mg)	3	1 (15 mg)	1(15 mg)

TRATAR AL NIÑO CON DENGUE

DENGUE GRAVE

- ⇒ Referir a cuidados intensivos
- ⇒ Manejo del choque: Lactato Ringer 20ml/kg, repetir hasta 2 bolos o continuar con coloides.
- ⇒ Si hay mejoría clínica reducción progresiva de líquidos: 5 a 7 ml/kg/h por dos horas y reevaluar, 3 a 5 ml/kg/h en las siguientes cuatro horas y reevaluar y 2 cc/kg/h por dos horas, logrando una estabilización completa en ocho horas.
- ⇒ Si desciende hematocrito, hay hemorragia y permanece en choque, administrar GRE
- ⇒ Monitoreo continuo de signos, gasto urinario, hematocrito cada 12 horas, realizar IgM dengue o aislamiento viral y función de órganos a necesidad.

DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA

- ⇒ Reposición de líquidos IV con cristaloides 10 ml/kg/hora y disminuir dosis según respuesta clínica.
- ⇒ Control periódico de hematocrito
- ⇒ Líquidos necesarios para mantener diuresis superior a 0,5 ml/kg/h.
- ⇒ Usualmente líquidos IV por 48 horas, si aumenta hematocrito, aumentar dosis de cristaloides a 10 ml/kg/hora hasta estabilización y traslado a UCI.
- ⇒ Monitorizar signos, diuresis, balance de líquidos, hematocrito, hemoglobina y plaquetas.
- ⇒ Realizar IgM dengue y controlar transaminasas, tiempos de coagulación y función de órganos a necesidad.

PROBABLE DENGUE

- ⇒ Reposo en cama
- ⇒ Ingesta de abundantes líquidos, leche, jugos de fruta no cítricos o SRO, asegurar 50 ml/kg en 4 horas y luego 100 mlo/kg para 24 horas.
- ⇒ Manejo de fiebre con acetaminofén 15 mg/kg/dosis, **nunca** AINES ni medicamentos IM.
- ⇒ Control diario hasta 2 días después de la desaparición de la fiebre.
- ⇒ Notificar y seguir indicaciones del salud pública

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LOS NIÑOS CON ENFERMEDADES FEBRILES

» Medidas para evitar la proliferaron de los mosquitos transmisores

Muchos de los criaderos de mosquitos del dengue son recipientes o tanques que almacenan agua limpia o acumulan agua de lluvia en las casas (baldes, bebederos de animales, botes de plantas, botellas, cubiertas, floreros, frascos, juguetes, latas, pilas, tambores, tanques, tinas y llantas viejas. La medida más importante para prevenir el dengue es evitar que los recipientes se transformen en criaderos del mosquito:

- ⇒ Limpiar las paredes internas de los recipientes como pilas de lavar ropa y tanques con cepillo, una vez por semana (desocupar, cepillar las paredes, enjuagar)
- ⇒ Tapar los tanques y sustituir con tierra o arena el agua de los floreros, cambiar el agua o hacer orificios en el fondo de floreros y otros posibles criaderos
- ⇒ Evitar la acumulación de botellas e inservibles que puedan acumular agua
- ⇒ En las áreas públicas toda la comunidad debe cooperar con las autoridades para evitar que los sumideros de aguas lluvias, llantas, inservibles, basuras y otros lugares se vuelvan criaderos de zancudos.
- ⇒ En malaria los criaderos del mosquito están por fuera del domicilio y son propios de ambientes más rurales o de las periferias de las ciudades: lugares con vegetación donde el agua corre lento en ríos y caños, canales de riego, áreas inundadas, lagunas, charcos, estanques para criaderos de peces. El drenaje, relleno y la limpieza de vegetación son medidas de gran utilidad dependiendo del criadero.

» Medidas para disminuir el riesgo de picaduras por mosquitos de dengue y malaria

- ⇒ Colocar mallas metálicas en puertas y ventanas
- ⇒ Utilización de toldillos en las camas. En malaria es la medida más importante e idealmente los toldillos deben ser impregnados con insecticidas
- ⇒ Si hay casos de dengue, rociar las áreas habitables y de descanso con un insecticida

4. TRATAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE OÍDOS Y GARGANTA

OTITIS MEDIA AGUDA

Antibiótico de elección: AMOXICILINA

PESO	AMOXICILINA 90 mg/kg/día Suspensión			FRECUENCIA Y DURACIÓN
	250mg/ 5ml	500mg/ 5ml	700 ó 750mg/ 5ml	
4 a 6 kg	5 ml	2,5 ml	1,5 ml	CADA 12 HORAS DURANTE 10 DÍAS
7 a 9 kg	7 ml	3,5 ml	2,5 ml	
10 a 12 kg	10 ml	5 ml	3,5 ml	
13 a 15 kg	12,5 ml	6,5 ml	4,5 ml	
16 a 18 kg	14,5 ml	7,5 ml	5 ml	
19 a 21 kg	18 ml	9 ml	6 ml	

OTITIS MEDIA RECURRENTE

Antibiótico: AMOXICILINA si el último episodio fue hace más de 6 semanas
AMOXICILINA-CLAVULANATO, si recibió antibiótico hace <6 sem.

PESO (Kg)	AMOXICILINA 90mg/kg/día Durante 10 días			AMOXICILINA CLAVULANATO 14:1 90 mg/kg/día	FRECUENCIA Y DURACIÓN
	250mg/ 5ml	500mg/ 5ml	700 o 750mg/5ml	600/42.9 mg/5 ml	
4 - 6	5,0 ml	2,5 ml	1,5 ml	2,0 ml	CADA 12 HORAS DURANTE 10 DIAS
7 - 9	7,0 ml	3,5 ml	2,5 ml	3,0 ml	
10 - 12	10,0 ml	5,0 ml	3,5 ml	4,0 ml	
13 - 15	12,5 ml	6,5 ml	4,5 ml	5,5 ml	
16 - 18	14,5 ml	7,5 ml	5,0 ml	6,5 ml	
19 - 21	18,0 ml	9,0 ml	6,0 ml	7,5 ml	

OTITIS MEDIA CRÓNICA

Explique a la madre que:

- » Utilice un papel absorbente para hacer una mecha
- » Coloque la mecha en el oído del niño hasta que la mecha se humedezca
- » Cambie la mecha húmeda por una limpia
- » Repita estos pasos hasta que la mecha salga seca, entonces el oído estará seco
- » Realice la limpieza del oído 3 veces al día por los días que sea necesario hasta que no haya secreción.
- » Aplique antibiótico tópico 2 veces al día por 14 días.

* Si el oído deja de supurar puede suspender el tratamiento tópico después de 7 días

NOTA: Recuerde que este niño debe ser referido para valoración por especialista

CIPROFLOXACINA GOTAS ÓTICAS

4 gotas en el oído afectado 2 veces
al día por 14 días*

FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA

PENICILINA BENZATÍNICA Dosis única intramuscular

EDAD	PESO	DOSIS
3 a 5 años	< 27 kg	600.000 U

5. TRATAR AL NIÑO CON PROBLEMAS EN LA SALUD BUCAL

ENFERMEDAD BUCAL GRAVE: ANTIBIÓTICO PARA EL ABSCESO DENTOALVEOLAR

Antibiótico: AMOXICILINA si está localizado en encía y no se extiende a labio.

AMOXICILINA-CLAVULANATO si hay celulitis que no involucra surcos

CLINDAMICINA más PENICILINA CRISTALINA si la celulitis se extiende e involucra surcos

PESO (Kg)	AMOXICILINA 90mg/kg/día Dosis cada 12 horas Durante 10 días			AMOXICILINA CLAVULANATO 90 mg/kg/día Dosis c/12 h. x 10 días	CLINDAMICINA 40 mg/kg/día Dividido en 4 dosis IV	PENICILINA CRISTALINA 200.000U/kg/día Dividido en 6 dosis IV
	250mg/ 5ml	500mg/ 5ml	700 o 750 /5ml	600/42.9 mg /5 ml	Dosis / 6 horas	Dosis / 4 horas
4 - 6	5 ml*	2,5 ml*	1,5 ml*	2 ml*	50 mg	150.000 U
7 - 9	7 ml*	3,5 ml*	2,5 ml*	3 ml*	80 mg	250.000 U
10 - 12	10 ml*	5 ml*	3,5 ml*	4 ml*	110 mg	350.000 U
13 - 15	12,5 ml*	6,5 ml*	4,5 ml*	5,5 ml*	140 mg	450.000 U
16 - 18	14,5 ml*	7,5 ml*	5 ml*	6,5 ml*	170 mg	550.000 U
19 - 21	18 ml*	9 ml*	6 ml*	7,5 ml*	200 mg	650.000 U

*Dosis a administrar cada 12 horas

TRATAR AL NIÑO CON DESNUTRICIÓN AGUDA

ESQUEMA DE MANEJO NUTRICIONAL EN NIÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA SIN COMPLICACIONES

DÍA	REQUERIMIENTO DE ENERGÍA PARA CUBRIR FTLC	LIQUIDOS	OTROS ALIMENTOS	ACCIONES COMPLEMENTARIAS Y OBSERVACIONES
1 a 7	150 kcal/kg/día	5 a 7 onzas/kg/día	Leche materna Dieta familiar en pequeñas cantidades	Incentivar lactancia materna, consumo de agua segura y lavado de manos.
8 a 15	200 kcal/kg/día	7 a 10 onzas/kg/día	Leche materna Dieta familiar	Aumentar a 200 Kcal/kg/día si el niño o niña continua con hambre después de alimentarlo y suministrarle la FTLC recomendada en la primera semana. De lo contrario, continúe con 150 kcal/kg/día por una semana e inicie 200 kcal/kg/día en el día 15. Identificar las prácticas de alimentación familiar.
15 a 30			Leche materna Dieta familiar	Concertar el mejoramiento de prácticas de alimentación del niño y su familia. Continuar incentivando la lactancia materna, consumo de agua segura y lavado de manos. Vincular a la familia a estrategias de complementación alimentaria.
30 a egreso			Leche materna Dieta familiar MAS Alimentación complementaria	Suspender la FTLC cuando el puntaje Z del indicador Peso para la talla sea mayor de -2 DE. Garantizar la prestación de servicios de consulta de crecimiento y desarrollo, vacunación, esquema de suplementación con micronutrientes. Vincular al niño o niña y su familia a un programa regular de complementación alimentaria. Continuar el acompañamiento a la familia en la práctica de la lactancia materna, consumo de agua segura y lavado de manos.

Ministerio de Salud y Protección Social y Unicef. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda y moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. 2015.

ESQUEMA DE MANEJO NUTRICIONAL EN NIÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA SIN COMPLICACIONES

DÍA	REQUERIMIENTO DE energía para cubrir FTLC		líquidos	otros alimentos	acciones complementarias y observaciones
	CON EDEMA (+) O (++)	SIN EDEMA			
1 a 7	100 kcal/kg/día Restar 5% del peso (edema)	100 kcal/kg/día	3- 5 onzas/kg/día	Leche materna NO consumo de otros alimentos	Incentivar lactancia materna, consumo de agua segura y lavado de manos.
8 a 15	135 - 150 kcal/kg/día		4 - 5 onzas/kg/día	Leche materna Inicio de otros alimentos en pequeñas cantidades	Verificar la disminución del edema y ajustar el cálculo de la FTLC al nuevo peso. Aumentar a 135-150 Kcal/kg/día si el niño o niña continua con hambre después de alimentarlo y suminístrale la FTLC recomendada en la primera semana. De lo contrario, continúe con 100 kcal/kg/día por una semana e inicie 135-150 kcal/kg/día en el día 15. Identificar las prácticas de alimentación familiar. Continuar incentivando lactancia materna, consumo de agua segura y lavado de manos.
15 a 30	150 - 200 kcal/kg/día		5 - 7 onzas/kg/día	Leche materna Continuar otros alimentos en pequeñas cantidades	Ajustar el cálculo de la FTLC de acuerdo con el comportamiento del apetito y la ganancia del peso. Concertar la modificación de algunas prácticas de alimentación familiar. Continuar incentivando la lactancia materna, consumo de agua segura y lavado de manos. Vincular a la familia a estrategias de complementación alimentaria.
30 a 60	200 kcal/kg/día		7 - 10 onzas/kg/día	Leche materna Aumentar gradualmente la cantidad de alimentos	Ajustar el cálculo de la FTLC de acuerdo con el comportamiento del apetito y la ganancia del peso. Concertar el mejoramiento de algunas prácticas de alimentación del niño y su familia. Continuar incentivando la lactancia materna, consumo de agua segura y lavado de manos.
60 a egreso				Leche materna Dieta familiar MAS Alimentación complementaria	Suspender la FT-LC cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla sea mayor de -2 DE. Garantizar la prestación de servicios de consulta de crecimiento y desarrollo, vacunación, esquema de suplementación con micronutrientes. Vincular al niño o niña y su familia a un programa regular de complementación alimentaria. Concertar el mejoramiento de algunas prácticas de alimentación del niño y su familia. Continuar el acompañamiento a la familia en la práctica de la lactancia materna, consumo de agua segura y lavado de manos.

Ministerio de Salud y Protección Social y Unicef. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda y moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. 2015.

ESTABILIZACION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION AGUDA MODERADA O SEVERA AL INGRESO EN EL HOSPITAL O CUANDO EL TIEMPO DE TRASLADO DURANTE LA REMISION ES MAYOR A DOS HORAS O CUANDO PRESENTA DESHIDRATACION Y CHOQUE. REALICE LOS ONCE PASOS EN EL ORDEN INDICADOS*

1. Administre oxígeno
2. Prevenga y trate la hipoglicemia: alimentar al niño cada 2-3 horas durante día y noche con leche materna y/o formula terapeutica F-75.
3. Prevenga la hipotermia manteniendo el niño abrigado con una manta incluyendo la cabeza y seco especialmente en la noche y evitando procedimiento innecesarios y prolongados. Si tienen hipotermia colóquelo además cerca de una fuente de calor o en contacto piel a piel con la madre, mida la temperatura cada 2 horas hasta que sea mayor a 36,5 °C.
4. Prevenga y trate la deshidratación
5. Trate la diarrea aguda de acuerdo a las recomendaciones para tratar la deshidratación por esta causa, continúe suministrando la F-75 en pequeño volúmenes.
6. Trate la diarrea persistente iniciando al F-75 tan pronto como sea posible; administre Ampicilina 200mg/kg/día MAS Gentamicina 5mg/kg/día. Si se confirma Giardiasis o E histolytica en el coprológico administrar Tinidazol 50 mg/jg/día por 3 días y restricción del aporte de lactosa en la dieta.
7. Tratar las infecciones según esquema o si se conoce el foco infeccioso de acuerdo a lineamiento de manejo de desnutrición aguda moderada y severa en niños de 0 a 59 meses.
8. Trate la anemia grave: administre glóbulos rojos empaquetados a 10 ml/kg/día a goteo lento por 3 horas bajo estricta vigilancia médica con monitoreo de frecuencia cardíaca y respiratoria cada 15 minutos y observación de reacción a la transfusión. Se debe suspender en caso de fiebre, erupción pruriginosa, orina de color oscuro, confusión o choque.
9. Corrija las deficiencias de micronutrientes: suministre ácido fólico 5 mg el día 1 y continúe con 1mg/día durante todo el tratamiento de la desnutrición aguda.
10. En caso de dermatosis administre gentamicina 5mg/kg/día más oxacilina 200 mg/kg/día cada 4 horas, aplique una crema protectora sobre la zona afectada (pomada de zinc y aceite de ricino, vaselina o gasa parafinada) y evite el uso de pañales y mantenga las zonas afectadas aireadas y secas.
11. Inicio cauteloso de la alimentación

1. TRATAR LA HIPOGLICEMIA

Si no es posible diagnosticarla por signos o glicemia (Menos de 54 mg/dl), es recomendable asumir que tiene hipoglicemia y tratarla

Estado del niño	Primero administrar	Luego administrar
Consciente	Un bolo de 50 ml de solución de glucosa al 10% VO o SNG y continúe con lactancia materna y F-75 cada 30 minutos x 2H.	
Inconsciente, letárgico o convulsiones	Bolo de 5 ml/kg de dextrosa IV en 5 minutos. Si no se puede canalizar, dextrosa al 10% por SNG en 5 minutos. Repetir glucometría y si persiste hipoglicemia nuevo bolo de 5 ml/kg	Formula terapéutica F-75 3ml/kg/ por sng cada 30 minutos durante dos horas, con medición de glicemia cada hora.

Si persiste hipoglicemia, se presenta hipotermia o nivel de conciencia se deteriora, continúe manejo individualizado del caso.

4. TRATAR LAS INFECCIONES

SI	ADMINISTRE
Hay complicaciones: Choque, hipoglicemia, hipotermia, dermatosis con escoriaciones/fisuras, infección respiratoria o urinaria. Letargia o decaimiento En menores de 6 meses con o sin complicaciones	En menor de 2 meses: Ampicilina IV o IM 50mg/kg/dosis cada 8 horas durante 7 días Gentamicina IV lento o IM (4 mg/kg/día) cada 24 horas durante 7 días De 2 a 6 meses: Gentamicina IV lento o IM (5 mg/kg/día) cada 24 horas durante 7 días y Ampicilina IV o IM (200 mg/kg/día) cada 6 horas durante 2 días seguida de Amoxicilina oral (90 mg/kg/día) cada 8 horas durante 5 días.
Niño no mejora en 48 horas cambie por:	Ceftriaxona (100 mg/kg/día) IV cada 8 horas o IM cada 24 horas durante 7 a 10 días, dependiendo de evolución clínica y resultado de cultivos.

3. TRATAR LA DESHIDRATACION

SI NO HAY ALTERACIONES DE CONSCIENCIA		SI HAY ALTERACIONES DE CONSCIENCIA	
Desnutrición aguda moderada	Desnutrición aguda severa		
Administre en 4 a 6 horas: 75 ml/kg de SRO de baja osmolaridad.	Administre durante máximo 12 horas continuas: 10 ml/kg/hr de SRO de baja osmolaridad adicionando 10 ml de cloruro de potasio a un litro de esta SRO.	Coloque oxígeno en mascarilla o canula a 1-2 lt/min Canalice una vena Realice glucometria. Si el reporte es menos de 54 mg/dl trate la hipoglicemia Administre un bolo de lactato de Ringer a razón de 15 ml/kg en la primera hora (por ejemplo en niño de 8 kg se le deben pasar 120 ml y se logra con un equipo de microgoteo a 120 microgotas/min En la primera hora, suministre IV: Amoxicilina 200mg/kg/día más Gentamicina 5mg/kg/día. Vigile cambios en el estado de consciencia, frecuencia cardiaca y respiratoria cada 10 minutos en la primera hora.	
	En la primera hora, suministre: Amoxicilina 90mg/kg/día VO o SNG más Gentamicina 5mg/kg/día IM o IV	Si presenta signos de mejoría	Si NO presenta signos de mejoría
Vigile gasto urinario, estado de consciencia, frecuencia cardiaca y respiratoria. Cuando el niño este hidratado (diuresis, esta alerta, frecuencia cardiaca y respiratoria en limites para la edad, inicie la lactancia materna y la alimentación con formula terapéutica F-75 a razón de 11 ml/kg/ toma en los dos primeros días, para continuar con el esquema de fase de estabilización. Continúe la reposición de pérdidas a razón de 50 a 100 ml de SRO por cada deposición liquida. Monitoree los signos de hidratación o sobrehidratación cada 15 minutos durante las primeras dos horas y luego cada hora. Los signos de sobrehidratación son: aumento de frecuencia cardiaca, aparición de ronquido respiratorio, hepatomegalia o ingurgitación venosa.		Mantenga la vía venosa permeable colocando un tapón. Cambie a rehidratación oral o SNG calibre 8 administrando 100ml/kg de SRO de baja osmolaridad con adición de 10 ml de cloruro de potasio a un litro de esta SRO durante máximo 12 horas. Luego de 8 horas de rehidratación, inicie la F-75 por vía oral o SNG a dosis de 11 mg/kg/toma a cada 2 horas, intercalando alimentación terapéutica con lactancia materna y SRO de baja osmolaridad sin sobrepasar el cálculo de líquidos para 24 horas. Continúe la vigilancia del estado de estado de consciencia, gasto urinario, frecuencia cardiaca y respiratoria, deposiciones	
		Suministre un segundo bolo de lactato de Ringer a razón de 15 ml/kg en 1 hora. Si persiste el choque después del segundo bolo, considere que se trata de un choque séptico y requiere manejo individualizado. Haga una prueba de hemoglobina y administre líquidos de mantenimiento IV (100ml/kg/día) preparados en 500 ml de dextrosa al 5% en agua destilada, 15 ml cloruro de sodio. Si presenta anemia grave (Hb menos de 4 g/dl o menos de 6 g/dl con signos de dificultad respiratoria, administre globulos rojos empaquetados a razón de 10ml/kg lentamente en un período de 3 horas. Si presenta aumento de la frecuencia respiratoria en 5 o más respiraciones por minuto o de la frecuencia cardiaca en 25 o más pulsaciones por minuto, suspenda la perfusión.	

10. INICIO CAUTELOSO DE LA ALIMENTACION

La alimentación por VO o SNG debe iniciarse tan pronto como sea posible cuando el niño este alerta, mejorado la dificultad respiratoria y el estado de deshidratación. Se debe iniciar la lactancia materna si el niño esta siendo amamantado. En caso de anorexia se debe ofrecer la leche materna o F-75 con cuchara, taza o jeringa o por SNG si no hay tolerancia a la vía oral. Ajustar la ingesta diaria de F-75. Vigilancia estricta de cantidad de leche materna y F-75 ofrecida y rechazada, vómito, frecuencia y tipo deposiciones y peso diario y signos de realimentación

CANTIDADES DE F-75 A UTILIZAR EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DURANTE LA TECNICA DE ALIMENTACION POR SUCCION EN FASE DE ESTABILIZACION

PESO (KG)	CANTIDAD DE F-75 (ML) PARA ADMINISTRAR EN CADA TOMA (8 AL DIA)
Igual o menor a 1.2 kg	25
1.3-1.5	30
1.6-1.7	35
1.8-2.1	40
2.1-2.4	45
2.5-2.7	50
2.8-2.9	55
3.0-3.4	60
3.5-3.9	65
4.0-4.4	70

El aporte de energía con los volúmenes descritos es de 100 kcal/kg/día aproximadamente

SIGNOS DE REALIMENTACION

Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad

- 2 a 11 meses: 50 respiraciones por minuto
- 12 meses a 5 años: 40 respiraciones por minuto

Tiraje costal

Presencia de roncus a la auscultación pulmonar

Arritmia o aumento de la frecuencia cardiaca

Hipergloicemia, hipofosfatemia, hipokalemia e hipomagnesemia

ESQUEMA DE SUMINISTRO DE FORMULA TERAPEUTICA F-75 PARA NIÑOS DE 6 A 59 MESES EN LA FASE DE ESTABILIZACION

Frecuencia	Sin edema		Con edema	
	F-75 ml/kg/toma		F-75 ml/kg/toma	
Cada 2 horas	11 ml	130 ml	8 - 9 ml	100 ml
Cada 3 horas	16 ml	130 ml	12 -13 ml	100 ml
Cada 4 horas	22 ml	130 ml	17 ml	100

El tratamiento para la fase de transición y rehabilitación se contemplan en el Lineamiento de manejo de desnutrición aguda moderada y severa en niños de 0 a 59 meses.

*Ministerio de Salud y Protección Social y Unicef. Lineamiento de manejo de desnutrición aguda moderada y severa en niños de 0 a 59 meses.

RECOMENDACIONES SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL Y ANEMIA

DAR VITAMINA A:

- » Dar una dosis cada 6 meses a todos los niños entre 2 y 5 años, a partir de los 6 hasta 23 meses **si no se cuenta con micronutrientes en polvo**
- » Dar una dosis al menor de 6 meses que no es lactado
- » Dar una dosis adicional si hay clasificación de DIARREA PERSISTENTE, SOSPECHA DE SARAMPIÓN

EDAD	PERLA DE VITAMINA A 50.000 U	FRECUENCIA
Menor 6 meses no lactado	50.000 u	CADA 6 MESES
6 – 11 meses	100.000 u	
1 a 5 años	200.000 u	
Madres en las primeras 6 semanas postparto	200.000 u	

No repetir antes de los 6 meses, la intoxicación por vitamina A produce sintomatología de hipertensión endocraneana.

DAR MICRONUTRIENTES EN POLVO (Niños de 6 a 23 meses)

- » Dar 1 gramo/día (un sobre /día), durante 60 días. Luego cuatro meses sin consumir, reiniciar por dos meses más, descansar cuatro meses, y así consecutivamente hasta que el niño tenga 24 meses de edad.

DAR ALBENDAZOL

EDAD	Albendazol suspensión 400mg/20 ml	Albendazol tableta x 200 mg
12 a 23 meses*	200 mg o 10 ml	1 tableta
2 a 5 años*	400 mg ó 20 ml	2 tabletas
Mayores de 5 años*	400 mg o 20 ml	2 tabletas
Mujeres gestantes**	400 mg o 20 ml	2 tabletas

* Dosis única cada 6 meses

** Dosis única segundo o tercer trimestre de embarazo

DAR HIERRO

PESO	HIERRO PARA TRATAMIENT (Niños de 6 a 59 meses de edad)		HIERRO PREVENTIVO (Niños de 24 a 59 meses de edad, para menores de 6 meses con bajo peso al nacer, con madre que tuvo bajo peso gestacional o si no tiene lactancia materna exclusiva ni predominante)	
	5 a 7 mg/kg/día de Fe elemental		2 a 4 mg/kg/día de Fe elemental	
(Kg)	Sulfato Ferroso 250 mg/5 ml=5 – 8 mg Fe elemental/ml	Duración del tratamiento	Sulfato Ferroso 250 mg/5 ml=5 – 8 mg Fe elemental/ml	Duración del esquema
6 – 8	1,0 ml	HASTA 3 MESES luego de normalizar la Hg	0,7 ml	DURANTE 1 MES CADA 6 MESES
9 – 11	1,5 ml		1,0 ml	
12 – 14	2,0 ml		1,3 ml	
15 – 17	2,5 ml		1,5 ml	
18 – 20	3,0 ml		2,0 ml	

ZINC:

SUPLEMENTACIÓN CON ZINC		
EDAD	TRATAMIENTO DE DIARREA	RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA
Menor de 6 meses	10 mg / día	5 mg / día
6 meses a 10 años	20 mg / día	10 mg / día

ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y APOYO

■ ESCUCHAR Y APRENDER

- Emplee habilidades de comunicación no verbal útil.
- Realice preguntas abiertas.
- Emplee respuestas y gestos que demuestren interés.
- Parafrasee lo que la madre dice.
- Sea empático, demuestre que entiende lo que la madre siente.
- Evite palabras que la juzguen.

■ FORTALECER LA CONFIANZA Y DAR APOYO

- Acepte lo que la madre piensa y siente.
- Reconozca y elogie lo que la madre y el lactante hacen bien.
- Dé ayuda práctica.
- Dé poca pero relevante información.
- Emplee un lenguaje sencillo.
- Realice una o dos sugerencias (acciones simples que sean factibles de ser realizadas) y no órdenes.

RIESGOS DE NO AMAMANTAR E INCONVENIENTES DE LA FÓRMULA

Riesgos para el niño	Riesgos para la madre	Otros inconvenientes para la familia y la comunidad
■ Aumento del riesgo de varias enfermedades infecciosas, principalmente gastrointestinales y respiratorias, pero también otitis e infecciones urinarias. ■ Aumento del riesgo de enfermedades crónicas, especialmente metabólicas e inmunitarias (diabetes, alergias), además de muerte súbita infantil, hipertensión y algunos cánceres (linfomas y leucemias). ■ Aumento del riesgo de malnutrición, tanto de desnutrición severa como sobrepeso y obesidad. ■ Aumento del riesgo de mortalidad en lactantes y niños pequeños en los países en desarrollo y de mortalidad post-neonatal en los países desarrollados ■ Aumento del riesgo de mal-oclusión dental ■ Aumento del riesgo de hospitalización ■ Peores resultados en el desarrollo cerebral y en el rendimiento en los test de desarrollo cognitivo.	■ Aumento del riesgo de sangrado posparto y más lenta involución uterina. ■ Reducción de los intervalos entre nacimiento y aumento de las pérdidas sanguíneas menstruales. ■ Retraso de la vuelta al peso pre-embarazo ■ Aumento del riesgo de cáncer de seno y ovario. ■ Aumento del riesgo de osteoporosis y de fractura de cadera después de la menopausia.	■ Aumento de los gastos por la compra de fórmulas infantiles y biberones, combustible, agua, productos para la esterilización y equipamiento. ■ Tiempo necesario para la preparación y la alimentación, menor tiempo para atender a los hermanos y para otros asuntos familiares. ■ Aumento de los gastos médicos para la familia. ■ Aumento del ausentismo laboral de los padres. ■ Aumento de la cantidad de residuos y de consumo de energía con las consecuencias ambientales resultantes.

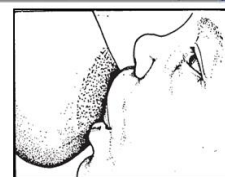
1. RECOMENDACIONES DE ALIMENTACION DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA

CÓMO AYUDAR A LA MADRE PARA QUE EXISTA UNA BUENA POSICIÓN Y AGARRE AL PECHO

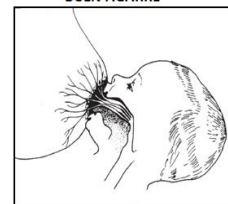
- Ayudar a la madre para que asuma una posición cómoda y relajada, sentada o recostada.
- La persona que presta ayuda podrá sentarse en una posición cómoda.
- Explicar a la madre cómo sostener a su lactante, según los cuatro puntos clave:
 - Con la cabeza y el cuerpo alineados
 - Frente al pecho, con la nariz del bebé frente al pezón, mientras se acerca al pecho
 - El cuerpo del lactante debe estar pegado al cuerpo de la madre
 - Sosteniendo todo el cuerpo del lactante.
- Mostrarle cómo debe sostener el pecho:
 - Con los dedos extendidos contra la pared del tórax, por debajo del pecho
 - Con el dedo pulgar por encima del pecho
 - Sus dedos no deben estar sobre la areola o muy cerca del pezón ya que esto interfiere con el agarre.
- Explicar o mostrar a la madre cómo ayudar a que el lactante agarre el pecho:
 - Tocando los labios del lactante con el pezón
 - Esperando hasta que la boca del lactante se abra ampliamente
 - Moviendo rápidamente al lactante hacia el pecho
 - Apuntando el pezón hacia arriba, hacia la parte superior de la boca del lactante
 - Colocando el labio inferior del lactante detrás del pezón, de manera que su mentón toque el pecho.
- Observar cómo reacciona el lactante y preguntar a la madre cómo siente la succión.
- Observar los signos del buen agarre. Los cuatro signos son:
 - Se observa más areola por encima de labio superior del lactante que por debajo del labio inferior
 - La boca del lactante está muy abierta
 - El labio inferior del lactante está evertido (hacia fuera)
 - El mentón del lactante está tocando o casi tocando el pecho.
- Si el agarre no es bueno o si la madre está incómoda, solicitarle que lo intente de nuevo
- Mostrarle cómo retirar al lactante del pecho, deslizando su dedo meñique hacia la boca del lactante para liberar la succión.



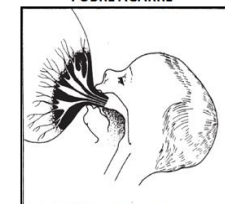
BUEN AGARRE



POBRE AGARRE



BUEN AGARRE

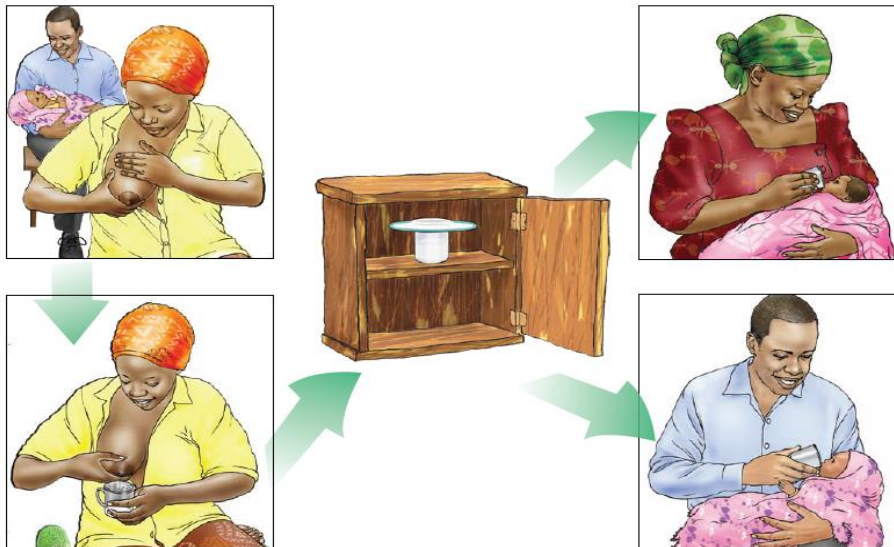


POBRE AGARRE

CÓMO REALIZAR LA EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE

La madre debe:

- ❑ Tener un recipiente limpio, seco y de boca ancha para recibir la leche extraída;
- ❑ Lavarse minuciosamente las manos
- ❑ Sentarse o pararse de manera cómoda y sostener el recipiente bajo el pezón y la areola;
- ❑ Colocar su dedo pulgar en la parte superior del pecho, colocando el índice en la parte inferior, de manera que estos dedos queden en oposición y que se sitúen, más o menos, a 4 cm de la punta del pezón;
- ❑ Comprimir y descomprimir el pecho entre los dedos varias veces. Si la leche no emerge, reposicionar los dedos un poco más atrás del pezón y volver a realizar la compresión y descompresión, tal como lo hizo antes. Este procedimiento no debería ser doloroso; si duele quiere decir que la técnica está mal empleada. Al inicio, la leche puede no salir pero, después de realizar algunas compresiones, la leche comienza a gotear. Si el reflejo de la oxitocina está activo, la leche puede salir en finos chorros;
- ❑ Comprimir y descomprimir alrededor de todo el pecho, empleando los dedos pulgar e índice a la misma distancia del pezón;
- ❑ Exprimir cada pecho hasta que la leche gotee lentamente;
- ❑ Repetir la extracción de cada pecho 5 a 6 veces;
- ❑ Detener la extracción cuando la leche gotee lentamente desde el inicio de la compresión y ya no fluya;
- ❑ Evitar realizar masajes o deslizar los dedos a lo largo de la piel
- ❑ Evitar comprimir o pellizcar el pezón.



CÓMO ALIMENTAR AL LACTANTE EMPLEANDO UN VASO O TAZA

- ❑ Sostener al lactante sentado o semi-sentado en su regazo, envolverlo con una frazada o sábana para brindarle soporte y para evitar que golpee el vaso o taza con sus manos.
- ❑ Colocar el vaso o taza con leche descansando sobre el labio inferior, de manera que el borde toque el labio superior del lactante.
- ❑ Inclinar el vaso o taza justo hasta que le leche toque los labios del lactante.
- ❑ El lactante de menor edad gestacional comenzará a tomar la leche empleando la lengua. El lactante a término o de más edad, succionará la leche, derramándola un poco.
- ❑ NO VACÍE la leche en la boca del lactante. Solo sostenga el vaso o taza contra los labios del lactante y deje que tome la leche por sí mismo.
- ❑ Cuando el lactante ha recibido la cantidad calculada, debe recibir una mayor cantidad de leche.
- ❑ Medir la ingesta de leche de 24 horas.

Alimentación del lactante empleando un vaso



Si el lactante no ha tomado la cantidad calculada, debe recibir una mayor cantidad de leche. Si el lactante no ha tomado la cantidad calculada, debe recibir una mayor cantidad de leche.

Posiciones útiles para sostener al lactante con BPN durante la lactancia



a) Posición bajo el brazo



b) Sosteniendo al bebé con el brazo opuesto al pecho

CÓMO EXTRAER LA LECHE DEL PECHO DIRECTAMENTE EN LA BOCA DEL LACTANTE

Solicite a la madre que:

- ❑ Se lave las manos
- ❑ Sostenga al lactante en contacto piel a piel, posicionado como si le fuese a dar el pecho, con la boca del lactante cerca de su pezón
- ❑ Unte un poco de leche sobre su pezón
- ❑ Espere hasta que el lactante esté alerta y abra ampliamente la boca
- ❑ Estimule al lactante si se encuentra somnoliento
- ❑ Deje que el lactante huela y lama el pezón y que intente succionarlo
- ❑ Permita que un poco de leche caiga al interior de la boca del lactante
- ❑ Espere hasta que el lactante degluta la leche antes de extraer más gotas de leche del pecho
- ❑ Una vez que el lactante se haya saciado, cerrará la boca y no tomará más leche
- ❑ Pida a la madre que repita todo este procedimiento cada 1 a 2 horas, si el lactante es muy pequeño o cada 2 a 3 horas si es más grande.

2. LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

PRINCIPIO 1: Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses (180 días) y continuar con la lactancia materna

PRINCIPIO 2: Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más

PRINCIPIO 3. Practicar la alimentación perceptiva aplicando los principios de cuidado psicosocial

ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA

- Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción
- Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos
- Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer
- Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente
- Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños y mantener el contacto visual

PRINCIPIO 4. Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos

CINCO CLAVES PARA LA INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

- Mantener la limpieza
- Separe alimentos crudos y cocinados
- Cocine completamente
- Mantenga los alimentos a temperaturas seguras
- Use agua y materias primas seguras

PRINCIPIO 5. Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna

GUÍA PRÁCTICA SOBRE LA CALIDAD, FRECUENCIA Y CANTIDAD DE ALIMENTOS PARA NIÑOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD, QUE RECIBEN LACTANCIA MATERNA A DEMANDA				
EDAD	ENERGÍA NECESARIA ADEMÁS DE LECHE MATERNA	TEXTURA	FRECUENCIA	CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE CONSUMIRÁ UN NIÑO "PROMEDIO" EN CADA COMIDA
6 - 8 meses	200 kcal/día	Comenzar con papillas espesas, alimentos bien aplastados Continuar con la comida de la familia, aplastada	2 – 3 comidas por día Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1 – 2 meriendas	Comenzar con 2 – 3 cucharadas por comida, incrementar gradualmente a ½ vaso o taza de 250 ml.
9 – 11 meses	300 kcal/día	Alimentos finamente picados o aplastados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano	3 – 4 comidas por día Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1 -2 meriendas	½ vaso o taza o plato de 250 ml
12 – 23 meses	550 kcal/día	Alimentos de la familia, picados o, si es necesario, aplastados	3 – 4 comidas por día Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1-2 meriendas	¾ a un vaso o taza o plato de 250 ml

Información adicional

Las cantidades recomendadas de alimentos, que se incluyen en la tabla, consideran una densidad energética de aproximadamente 0.8 a 1.0 kcal/g. Si la densidad de energía de los alimentos es de aproximadamente 0.6 kcal/g, la madre debería incrementar la densidad energética de los alimentos (agregando algunos alimentos especiales) o incrementar la cantidad de alimentos por comida. Por ejemplo:

- de 6 a 8 meses, incrementar gradualmente hasta dos tercios de vaso o taza
- de 9 a 11 meses, darle 3 cuartos de vaso o taza
- de 12 a 23 meses, darle un vaso o taza completo.

La madre o el cuidador, debería alimentar al niño empleando los principios de alimentación perceptiva, reconociendo las señales de hambre y de saciedad. Estos signos deben guiar la cantidad de alimentos a ser administrada durante cada comida y la necesidad de darle "meriendas".

Si el lactante NO recibe lactancia materna, además darle: 1–2 vasos o tazas de leche por día y 1–2 comidas adicionales por día.

PRINCIPIO 6. Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños



CONSISTENCIA CORRECTA



MUY DILUIDA

PRINCIPIO 7. Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo

PRINCIPIO 8. Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales

UN BUEN ALIMENTO COMPLEMENTARIO ES:

- » Rico en energía, proteína y micronutrientes (particularmente hierro, zinc, calcio, vitamina A y folato);
- » No es picante ni salado;
- » El niño puede comerlo con facilidad
- » Es del gusto del niño
- » Está disponible localmente y es asequible

PRINCIPIO 9. Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades

PRINCIPIO 10. Aumentar la ingesta de líquidos durante la enfermedad incluyendo leche materna y alentar para que coma alimentos suaves, variados y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia y alentar para que coma más

ALIMENTOS APROPIADOS PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

QUÉ ALIMENTOS DAR Y POR QUÉ

- ❖ **LECHE MATERNA:** continúa aportando energía y nutrientes de alta calidad hasta los 23 meses
- ❖ **ALIMENTOS BÁSICOS:** aportan energía, un poco de proteína (solo los cereales) y vitaminas
 - » Ejemplos: cereales (arroz, trigo, maíz, quinua), raíces (yuca, batata y papas) y frutas con almidón (plátano)
- ❖ **ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL:** aportan proteína de alta calidad, hierro, zinc y vitaminas
 - » Ejemplos: hígado, carnes rojas, carne de pollo, pescado, huevo (no es buena fuente de hierro)
- ❖ **PRODUCTOS LÁCTEOS:** aportan proteína, energía, la mayoría de vitaminas (especialmente vitamina A y folato), calcio
 - » Ejemplos: leche, queso y requesón (cuajada)
- ❖ **VERDURAS DE HOJAS VERDES Y DE COLOR NARANJA:** aportan vitaminas A, C y folato
 - » Ejemplos: espinaca, brócoli, acelga, zanahoria, ahuyama, camote
- ❖ **LEGUMINOSAS:** aportan proteína (de calidad media), energía, hierro (no se absorben bien)
 - » Ejemplos: guisantes, variedades de frijoles, lentejas, habas, arvejas
- ❖ **ACEITES Y GRASAS:** aportan energía y ácidos grasos esenciales
 - » Ejemplos: aceites (se prefiere el aceite de soja o de colza), margarina, mantequilla o manteca de cerdo
- ❖ **SEMILLAS:** aportan energía
 - » Ejemplos: pasta de maní o pastas de frutos secos, semillas remojadas o germinadas, como ser semillas de girasol, melón o sésamo

CÓMO DAR LOS ALIMENTOS

Lactantes de 6–11 meses

- ❖ Continuar con la lactancia materna
- ❖ Dar porciones adecuadas de:
 - ⇒ Puré espeso, elaborado con maíz, yuca; añadir leche, frutos secos (nuez, almendra, etc.) o azúcar
 - ⇒ Mezclas de purés elaborados con plátano, papa, yuca o arroz; mezclarlos con pescado, frijoles o maní aplastados; agregar verduras verdes
- ❖ Dar "merienda" nutritivas: huevo, plátano, pan, papaya, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con mantequilla, margarina, pasta de maní o miel, papa cocida

Niños de 12–23 meses

- ❖ Continuar con la lactancia materna
- ❖ Dar porciones adecuadas de:
 - ⇒ Mezclas de alimentos de la familia, aplastados o finamente cortados, elaborados con papa, yuca, maíz o arroz; mezclarlos con pescado, frijoles o maní aplastados; añadir verduras verdes
 - ⇒ Puré espeso de maíz, yuca; añadir leche, soya, frutos secos o azúcar
- ❖ Dar "meriendas" nutritivas: huevo, plátano, pan, papaya, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con mantequilla, margarina, pasta de maní o miel, papa cocida

PARA RECORDAR

- » Alimentos ricos en *hierro*: Hígado (de cualquier tipo), vísceras de animales, carne de animales (especialmente la roja), carne de aves (especialmente la carne oscura), alimentos fortificados con hierro
- » Alimentos ricos en *vitamina A*: Hígado (de cualquier tipo), aceite rojo de palma, yema de huevo, frutas y verduras de color naranja, verduras de hoja verde
- » Alimentos ricos en *zinc*: Hígado (de cualquier tipo), vísceras de animales, alimentos preparados con sangre, carne de animales, aves y pescado, mariscos y yema de huevo
- » Alimentos ricos en *calcio*: Leche o productos lácteos, pequeños pescados con hueso
- » Alimentos ricos en *vitamina C*: Frutas frescas, tomates, pimientos (verde, rojo, amarillo) y verduras verdes

USO Y CONSUMO DE LOS MICRCONUTRIENTES EN POLVO



Paso 1. Adecuado lavado de manos



Paso 2. Abrir el sobre



Paso 3. Sirva los alimentos



Paso 4. Vierta y mezcle



Consejos importantes...

Consumir inmediatamente

La comida que contiene los micronutrientes debe consumirse antes de media hora



Tenga en cuenta...



- No adicionar durante la preparación de los alimentos
- No adicionar en alimentos muy calientes
- No adicionar en alimentos de consistencia líquida

Cuidado con el almacenamiento



Registre el consumo



Igualmente, es importante que a partir de los 6 meses de edad, se ofrezca al niño o niña alimentos fuente de hierro como son: el hígado, la pajarilla, la carne de res y el huevo, de esta manera evitaremos que tengan anemia u otras alteraciones nutricionales.

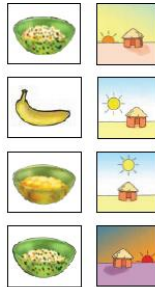
Con formato: Fuente: Century Gothic, 16 pto

Con formato: Fuente: Century Gothic, 16 pto

6 MESES DE EDAD

- » Continuar la lactancia materna a libre demanda de día y de noche.
- » El objetivo de esta etapa es enseñar al niño a comer con cuchara.
- » Iniciar con cereal preparado en forma de papilla, al que se le adiciona agua o leche según el cereal. Administrarlo con cuchara.
- » Preparar compota de frutas carnosas, triturando la fruta con un tenedor, utilizar frutas como banano, mango, durazno, pera, manzana, papaya, melón. Administrarlas recién preparadas, con cuchara.
- » Ofrecer verduras como zanahoria, ahuyama, acelga, habichuela, espinaca, lechuga y tallos. Preferiblemente un vegetal verde y uno amarillo diariamente. Cocinarlos en una olla tapada con poca agua hirviendo hasta que ablanden (tres minutos hirviendo) para preparar una papilla o puré y ofrecerla con cuchara, no adicionar sal ni condimentos.
- » El niño debe recibir dos a tres porciones por día de estos nuevos alimentos.





7 Y 8 MESES DE EDAD

- » Continuar la leche materna, aunque la reciba con menor frecuencia
- » Iniciar carne como hígado o pajarilla, carne de res, ternera o cordero magras (sin gordo) o pollo sin cuero; ofrecerlas cocinadas, picadas muy pequeñas y trituradas.
- » Ofrecer pescado de agua dulce o salada, cocinado y triturado.
- » Comenzar a introducir el huevo, iniciando por la yema, cocinarlo adecuadamente de siete a 10 minutos.
- » Al 8º mes introducir frijol, arveja seca, lenteja y garbanzo. Cocinarlos y administrarlos licuados, en papilla o en puré.
- » Ofrecer tres porciones por día y leche materna.

9 A 11 MESES DE EDAD

- » Deben introducirse alimentos de mayor consistencia, picados y en trozos para ayudarlo a aprender a masticar y el manejo de los pequeños trozos.
- » Las comidas deben ser variadas y contener frutas, vegetales, leguminosas, pequeñas cantidades de carne, hígado, huevo y queso.
- » Ofrecer alimentos con la mano como pan, galleta, zanahoria o fruta.
- » Los vegetales deben ser cocidos hasta que estén suaves y las carnes deben ser desmenuzadas, el huevo bien cocinado para evitar el riesgo de infección.
- » Establecer un horario de comidas con dos o tres comidas principales y dos refrigerios en los intermedios, como yogurt, galletas, pan, fruta picada o en compota triturada.
- » Idealmente debe continuarse la lactancia materna o en su defecto leche a libre demanda.
- » Los tubérculos como papa, yuca, arracacha, ñame y el plátano, se dan en forma de puré o papilla.
- » Es importante mejorar cada vez más la consistencia para fomentar el desarrollo y la coordinación motriz mano-boca.



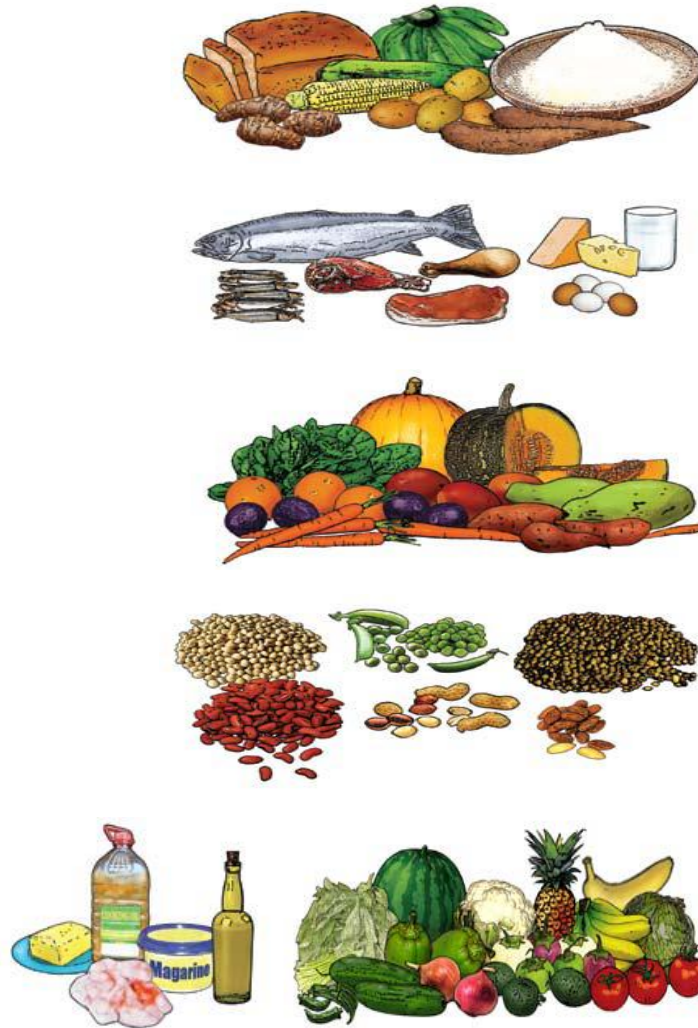


MAYOR A UN AÑO

- » El niño debe empezar a comer solo, pero todavía no es capaz de consumir la cantidad suficiente para sus necesidades y debe ayudársele activamente. Nunca debe dejar al niño sólo durante las comidas.
- » Administrar productos lácteos.
- » Debe recibir tres comidas principales con dos refrigerios intermedios cada día.
- » Puede compartir la dieta normal de la familia y no requiere alimentos especialmente preparados.
- » No se debe adicionar sal, conducta que beneficia a toda la familia.
- » El niño come lentamente, debe disponer de tiempo para alimentarlo adecuadamente
- » Anime y ayude al niño durante las comidas, debe comer solo, pero siempre con supervisión de un adulto.
- » La leche es fundamental, se recomienda continuar el amamantamiento hasta los dos años. Si el volumen de leche materna es alto, no se requiere la introducción de otras leches. Si no está amamantado, dar 3 porciones de leche por día.

DE LOS 2 A LOS 6 AÑOS

- » Controle cuándo y cómo come el niño, establezca horarios donde se coma en familia, demostrando conductas alimentarias saludables.
- » El tamaño de las raciones debe ser el recomendado para un niño.
- » El niño debe recibir 6 porciones por día de cereales, esto incluye, panes, maíz, avena, trigo, arroz ojala sean integrales; en este grupo están también tubérculos (papa, yuca, ñame), granos y plátano.
- » Los vegetales se deben dar tres a cinco porciones por día, intercalar los anaranjados con los verdes.
- » Dar dos a cuatro porciones de fruta diarias, ojalá enteras y frescas.
- » Leche y derivados lácteos. Dos a tres porciones por día.
- » Proteínas como carnes preferiblemente magras, pollo, pescado, las cuales deben variarse, dos porciones por día.
- » Se debe consumir el mínimo de grasas, las cuales deben ser vegetales o de pescado, poca azúcar y sal. Deben reemplazarse las actividades sedentarias por aquellas que requieren movimiento.
- » Enseñe al niño a tomar agua durante el ejercicio y cuando termine la actividad física.



RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES

- » Debe tranquilizarse y advertirse a los padres que es normal el rechazo de los nuevos alimentos. Estos deben ofrecerse repetidamente.
- » Los niños amamantados pueden aceptar los sólidos más pronto que los alimentados con fórmula, y esto se debe a que están acostumbrados a una variedad de aromas y olores de la dieta materna que pasan a través de la leche materna. El uso de alimentos complementarios comerciales puede retrasar la aceptación de la dieta familiar.
- » No es aconsejable la adición de sal al preparar los alimentos complementarios ni para los lactantes o niños, ni tampoco para los adultos. Tampoco debería añadirse azúcar en los alimentos que se preparan para los pequeños.
- » El niño come lentamente, así que una consideración especial debe hacerse para permitir el tiempo extra y la atención necesaria. Los niños necesitan alentarse cuando aprendan a comer y los adultos, quienes los alimentan, necesitan paciencia. Ayudando y animando a los pequeños a comer, así como dejando que ellos se sirvan de los platos familiares, puede aumentar significativamente la cantidad de alimentos que el niño consume. El niño siempre debe ser supervisado durante la alimentación.
- » Para el preescolar la alimentación no es interesante, está muy motivado por explorar el medio que lo rodea, movilizarse y ser libre; además usualmente juega con los alimentos y los tira; por eso es un periodo donde se requiere mayor compromiso por parte de los padres, para no forzar, sobornar o castigar al niño para corregir su comportamiento. Etapa de inapetencia fisiológica.
- » Siendo la alimentación el tema que genera más angustia y ansiedad en los padres, el niño manipula frecuentemente con ella, y si la hora de la comida se convierte en la hora del regaño, del castigo y del conflicto, la comida se convierte en símbolo de lo indeseable, y por lo tanto el niño evita y rechaza este momento.
- » Los padres deben convertirse en un ejemplo de hábitos alimentarios saludables. Los niños en edad preescolar frecuentemente imitan a los padres; si los hábitos de los padres no son saludables, el hijo no aprenderá a comer sano.



RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS DE 6–23 MESES DE EDAD QUE NO RECIBEN LACTANCIA MATERNA

Los niños mayores de 6 meses que no recibe leche materna necesitan comida adicional para compensar el no recibir la leche materna, la cual proporciona la mitad de las necesidades de energía y de nutrientes desde los 6 a 12 meses y un tercio de sus necesidades de los 12 a 23 meses. Los niños requieren:

- » **Comidas adicionales:** Los niños que no reciben lactancia materna, necesitan comer 4–5 veces al día, con 1–2 meriendas al día, según lo deseen.
- » **Densidad energética de las comidas:** Los alimentos de consistencia espesa, o con un poco de grasa añadida, aseguran una ingesta adecuada de energía.
- » **Alimentos de origen animal:** El niño debe comer todos los días un poco de carne, pollo, pescado o menudencias, para asegurar que reciba suficiente hierro y otros nutrientes.
- » **Productos lácteos:** Son importantes para el suministro de calcio. Un niño necesita 200–400 ml de leche o yogur cada día, si consume productos de origen animal o 300–500 ml por día si no los consume.
- » **Vegetales:** Todos los días, el niño debería comer legumbres, ya que aportan vitaminas, junto con alimentos ricos en vitamina C, para favorecer la absorción de hierro. También se le debería dar frutas de color anaranjado o amarillo y vegetales con hojas de color verde oscuro, para aportarle vitamina A y otras vitaminas.
- » **Suplementos con micronutrientes:** Si el niño no recibe alimentos de origen animal, entonces es necesario darle suplementos con vitaminas y minerales, que aseguren un consumo suficiente, particularmente de hierro, zinc, calcio y vitamina B12.
- » **Seguimiento a los lactantes y niños pequeños que no reciben lactancia materna:** Deben ser regularmente seguidos, al menos durante 2 años, para asegurar que su alimentación sea la adecuada, que están creciendo y que permanecen bien nutridos.

RECOMENDACIONES PARA LOS NIÑOS CON SOBREPESO U OBESIDAD

■ Educación alimentaria

- » No comer nunca hasta quedar completamente llenos, eso quiere decir, que se comió en exceso.
- » No suspender ninguna de las comidas.
- » No comer nada entre las 5 comidas, excepto agua si hay sed.
- » No tener en casa alimentos hipercalóricos de fácil acceso.
- » La alimentación debe ser parecida para toda la familia.
- » Siempre comer formalmente en la mesa, sin discusiones durante la comida.
- » No comer mientras se realizan otras actividades como leer, estudiar, ver televisión.
- » Servir la comida en platos pequeños. La vista influye notablemente, no solo en lo apetitoso sino también en la valoración subjetiva de la cantidad.
- » Masticar despacio.
- » Si algún día es indispensable algo de comer entre comidas, elegir frutas o verduras.
- » Utilizar siempre preparaciones culinarias sencillas, evitando frituras y salsas.
- » Evitar alimentos ricos en grasas y azúcares.
- » Evitar siempre la repetición de platos.

■ Actividad física

- » Aumentar gradualmente la actividad física, comenzando por ejercicio muy suave.
- » Lograr evitar que el niño se sienta ridículo haciendo ejercicio.
- » El ejercicio debe ser diario, nunca esporádico.
- » Buscar el más idóneo.
- » No se debe depender de nadie para hacer ejercicio, porque si ese alguien falla se pierde toda la rutina de ejercicio.
- » Buscar pares con fines parecidos.
- » Buscar un aspecto lúdico en el ejercicio o juego.
- » Evitar el carro para las salidas cercanas.
- » Evitar en los apartamentos el uso de ascensor y volver a las escaleras.
- » Si el niño utiliza bus para desplazarse al colegio, lograr si es posible que el bus lo deje unas 5 cuadras antes de llegar, si las condiciones de seguridad lo permiten.
- » Limitar las actividades sedentarias. Se recomienda limitar televisión, computador y videojuegos, etcétera, a máximo dos horas diarias.

■ Aspectos familiares y psicológicos importantes

- » Los padres llevan todo el peso del tratamiento en el menor de cinco años. Entre los cinco y los nueve se da responsabilidad a los niños, pero la familia vigila y es responsable. Al mayor de nueve años se da más responsabilidad y en el adolescente disminuye notablemente la participación de la familia.
- » Deben prevenirse situaciones que hacen que fallen los esfuerzos:
 - ⇒ Falta de interés: especialmente cuando uno de los padres es obeso.
 - ⇒ Resistencia al cambio: desean seguir patrones alimentarios diferentes a los recomendados
 - ⇒ Un familiar sabotea los esfuerzos: usualmente un abuelo.

3. EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN PARA LOS NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD

- ¿El niño recibe leche materna?
- ¿Cuántas veces al día? ¿Día y noche?
- ¿Recibe otra leche? ¿Cuál?
- ¿Cuánta cantidad en cada toma? ¿Cada cuánto?
- ¿Recibe otros alimentos además de la leche? ¿Cuándo fueron iniciados, cuáles y con qué frecuencia?
- ¿Recibe otros líquidos además de la leche? ¿Cuándo fueron iniciados, cuáles, y con qué frecuencia?
- ¿Utiliza biberón? ¿Cómo lo limpia?
- ¿Tiene algún problema con la alimentación?

EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS DE 6 A 23 MESES

- ¿El niño recibe lactancia materna?
- ¿Cuántas veces al día? ¿Día y noche?
- ¿Si se extrae leche, cómo la guarda y administra?
- ¿Cuántas comidas y meriendas recibió el día de ayer?
- ¿De qué tamaño son las porciones que recibió el niño ayer?
- ¿Cuántas comidas de consistencia espesa, recibió el niño el día de ayer? (si es necesario muestra la foto de la consistencia de las comidas)
- ¿Comió alimentos de origen animal el día de ayer? (carne /pescado/ menudencias/aves/huevo)
- ¿Consumió el niño ayer productos lácteos?
- ¿El niño comió legumbres, nueces o semillas el día de ayer?
- ¿El niño comió vegetales o frutas de color rojo o anaranjado, además de hojas de color verde oscuro el día de ayer?
- ¿Agregó una pequeña cantidad de aceite a la comida del niño el día de ayer?
- ¿Quién le dio la comida ayer al niño?
- ¿El niño come de su propio plato o come de la olla o plato de la familia?
- ¿El niño recibe alguna suplementación de vitaminas o minerales?
- Si el niño está enfermo, ¿Qué ha comido durante esta enfermedad?
- Si es obeso: ¿Son los padres y los hermanos obesos?
- ¿El niño hace ejercicio?

HERRAMIENTA GUÍA PARA LA INGESTA DE ALIMENTOS, NIÑOS DE 6 A 23 MESES

PRÁCTICA DE ALIMENTACIÓN	PRÁCTICA IDEAL	MENSAJE CLAVE PARA LA CONSEJERÍA A LA MADRE
¿Es ascendente la curva de crecimiento?	La curva de crecimiento sigue el trayecto de la curva de referencia	Explique la curva de crecimiento y elogie si existe una curva adecuada
¿El niño recibe lactancia materna?	Frecuentemente y a demanda, día y noche	La lactancia materna durante dos años, ayuda a que el niño crezca fuerte y saludable
¿Ha recibido el niño suficiente número de comidas y meriendas para su edad, el día de ayer?	■ Niño de 6-8 meses: 2-3 comidas principales más 1-2 meriendas, si tiene hambre ■ Niño de 9-23 meses: 3-4 comidas principales más 1-2 meriendas, si tiene hambre	Un niño en crecimiento, necesita comer frecuentemente, varias veces al día, de acuerdo a su edad
La cantidad de comida que ha recibido ayer, ¿es apropiada para la edad del niño?	■ Niño de 6-8 meses: comenzar con pocas cucharadas, aumentar gradualmente hasta, ½ vaso o taza en cada comida. ■ Niño de 9-11 meses: ½ vaso o taza en cada comida. ■ Niño de 12-23 meses: ¾ a 1 vaso o taza en cada comida.	Un niño en crecimiento necesita cantidades cada vez mayores de comida
¿Cuántas comidas de consistencia espesa, recibió el niño el día de ayer? (Si es necesario muestre la foto de la consistencia)	■ Niño de 6-8 meses: 2-3 comidas ■ Niño de 9-23 meses: 3-4 comidas	Los alimentos que son suficientemente espesos para no derramarse de la cuchara, brindan energía al niño
¿Comió alimentos de origen animal el día de ayer? (carne/pescado/ menudencia/Aves/huevo)	Los alimentos de origen animal deben ser consumidos cada día	Los alimentos de origen animal son particularmente buenos, les ayudan a crecer fuertes y vivaces
¿Consumió el niño productos lácteos el día de ayer?	Darle productos lácteos todos los días	La leche, el queso y el yogur son muy buenos para los niños
¿El niño comió legumbres, nueces o semillas el día de ayer?	Si no come carne, consumir legumbres o nueces diario, con frutas ricas en vitaminas, para favorecer la absorción de hierro	Los guisantes, frijoles, lentejas y nueces ayudan a que el niño crezca fuerte y vivaz, sobre todo si son consumidos con frutas
¿El niño comió vegetales o frutas de color rojo o anaranjado, además de hojas verdes oscuro el día de ayer?	Los vegetales de color verde oscuro o los vegetales o frutas de color rojo o anaranjado deben consumirse todos los días	Los vegetales de color verde oscuro y los vegetales o frutas de color rojo o anaranjado ayudan a que el niño tenga ojos sanos y menos infecciones
¿Agrego una pequeña cantidad de aceite a la comida del niño el día de ayer?	Se debe agregar una cantidad de aceite o grasa a una comida, cada día	El aceite le da energía al niño, debe ser empleado en poca cantidad
¿La madre le ayudo a comer al niño?	La madre debe estimular a que el niño coma, pero no debe forzarlo	El niño necesita aprender a comer: estimularle y ayudarlo perceptiva y pacientemente es necesario
¿El niño come de su propio plato o todos comen de la olla o un plato?	El niño debe tener su propio plato de comida	Si el niño tiene su propio plato, es más fácil saber cuánto ha comido
¿El niño recibe alguna suplementación de vitaminas y minerales?	Los suplementos de vitaminas y minerales pueden ser necesarios si el niño no cubre sus necesidades con la comida	Si son necesarios, explique cómo administrar los suplementos de vitaminas y minerales
¿El niño está enfermo o se está recuperando de alguna enfermedad?	Continúe alimentándolo durante la enfermedad y durante la recuperación	Estimule para que continúe bebiendo y comiendo durante la enfermedad y ofrézcale una comida durante la recuperación, para ayudarlo a que se recupere más rápidamente

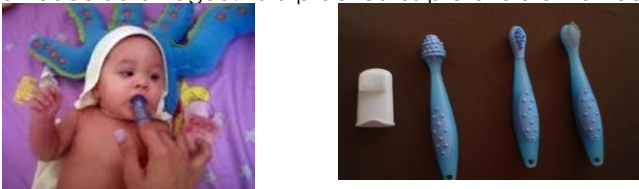
4. ACONSEJAR ACERCA DE LOS HÁBITOS DE CUIDADO BUCAL

ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE SUS HÁBITOS DE CUIDADO BUCAL

- ◆ Siempre que el embarazo esté planificado, acudir a la consulta odontológica de forma previa, para detectar cualquier problema y tratarlo antes del propio embarazo.
- ◆ Visitar durante todo el embarazo al odontólogo, para la realización regular de controles, que le favorezcan mantener buenas condiciones de higiene durante el embarazo.
- ◆ Cepillar sus dientes al menos dos veces al día para remover la placa bacteriana, con cepillos de consistencia firme pero suaves y cremas con contenidos de fluor de entre 1100-1450 ppm.
- ◆ Al finalizar el cepillado, procure eliminar los excesos de la crema pero sin realizar enjuagues abundantes, a fin de mantener en las superficies dentales el flúor proveniente de las cremas dentales (efecto tópico).
- ◆ Hacer uso de la seda dental de forma diaria, como la herramienta que le ayuda a remover los residuos que se depositan entre los dientes, en donde las fibras del cepillo no pueden limpiar.
- ◆ Hacer uso semanal de enjuagues que le ayuden durante el embarazo a reducir el riesgo de acumular placa bacteriana.
- ◆ Además de los dientes, realizar limpieza de la lengua y demas tejidos de la boca.
- ◆ Mantener una alimentación saludable, acorde con las recomendaciones médicas y nutricionales para la etapa de la gestación, en lo posible con bajo contenido de azúcares.
- ◆ Si la madre presenta caries, halitosis, y/o enfermedad periodontal, acudir a tratamiento odontológico completo, para evitar complicaciones como abscesos y celulitis que afecten sus condiciones de salud durante el embarazo y repercutan en el parto y en el recién nacido.



ACONSEJAR SOBRE HÁBITOS DE CUIDADO BUCAL DEL MENOR DE 6 MESES (NIÑO SIN DIENTES PRESENTES)

Alimentación	» Mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses e iniciar alimentación complementaria, usando para las bebidas taza, pocillo o cuchara. 
Prácticas no recomendadas	» Evitar la realización de ciertas prácticas, que favorecen la transmisión de bacterias de la boca de los padres o cuidadores a la boca del bebé, como: ♦ Compartir utensilios con el bebé (cucharas, vasos, pocillos, etc.) ♦ Limpiar el chupete o biberón con la saliva de los padres o cuidadores. ♦ Soplar sobre la comida que se le da al bebé. ♦ Besarlos en boca
Realizar cuidados cuando el niño aún no tiene dientes	» Siempre lavarse las manos con jabón y suficiente agua previo a la manipulación de alimentos para el bebé y previo a la realización de la limpieza de la boca. » Realizar limpieza y masaje de las encías al menos una vez al día, para acostumbrar al bebé a la limpieza de la boca e instaurar el hábito de la higiene, haciendo uso de dedales de silicona o de una gasa humedecida en agua. Esta práctica es preferible en la noche antes de acostarlo a dormir.  » En los casos de niños con complicaciones sistémicas, sometidos por ejemplo a quimioterapia u hospitalizados, para el manejo de la mucositis se recomienda la remoción mecánica de placa, con una gasa humedecida con agua bicarbonatada, para neutralizar el Ph.
Consulta a profesionales de la salud	» Asistir al Odontólogo, antes de la erupción del primer diente, para poder valorar las estructuras de la boca, descartar complicaciones en el desarrollo de las estructuras del sistema estomatognático (presencia de malformaciones como labio y paladar fisurado), y realizar la consejería a los padres y a los cuidadores, sobre: ♦ La importancia de la salud bucal como parte de la salud general, ♦ Los cuidados para evitar traumas, ♦ El manejo de la higiene ♦ La prevención de situaciones desde el inicio de la erupción dental. » Si el niño nace con algún diente, acudir a valoración inmediata por el odontólogo, quien revisará el caso específico y comenzará con la consejería en higiene oral.

ACONSEJAR SOBRE LOS HÁBITOS DE CUIDADO BUCAL DEL NIÑO DE 6 MESES Y MÁS

Alimentación



- » Desde el inicio de la alimentación complementaria hacer uso de tazas, pocillos o cucharas para las bebidas.
- » Mantenga una dieta balanceada que incluya de forma variada frutas y verduras, hortalizas, leguminosas, lácteos, carnes y cereales.
- » Al menos durante el primer año de vida, evitar todo consumo de alimentos que contengan azúcares (golosinas, alimentos y bebidas con azúcar).
- » A partir del primer año de vida, retrase lo más posible en la alimentación, el consumo de alimentos con azúcar, evitando siempre el consumo de dulces de consistencia pegajosa.

Cuidados desde el inicio de la erupción dental



- » Lavar siempre las manos con jabón y suficiente agua previo a la manipulación de alimentos y aditamentos para el cuidado del bebé y previo a la realización de la limpieza de la boca.
- » Para aliviar las molestias durante la erupción de los dientes temporales, estimular la erupción, calmar la irritación de la encía y favorecer una alimentación saludable, bríndele preferiblemente frutas (manzana, pera) u hortalizas (zanahoria), bien lavadas y en trozos grandes y fríos siempre bajo la supervisión y cuidado de los padres o acompañantes.
- » Inicie el hábito del cepillado de forma temprana, es decir desde la erupción del primer diente usando cepillos de cerdas suaves y de tamaño acorde a la boca y los arcos dentales del niño, para poder realizar la limpieza bucal de forma adecuada.
- » Permita que el niño vea que sus padres y/o cuidadores se cepillan y hacen uso de la seda dental como parte de su autocuidado, reforzando así el hábito del cepillado.
- » El cepillado nunca es responsabilidad del niño; siempre es responsabilidad de los padres y cuidadores, incluso aun cuando el niño desarrolle completamente sus habilidades, es decir que la realización, control y supervisión debe hacerse hasta después de los 7 años. Sin embargo es importante permitirle al niño participar del cepillado, para favorecer el desarrollo de su motricidad, de su autopercepción y la implantación del hábito.
- » El cepillado, debe realizarse siempre después de las comidas y antes de los periodos prolongados de sueño del niño durante el día y especialmente durante la noche. Nunca ponga a dormir al bebe con residuos de alimentos sin eliminar, porque en este periodo se reduce el fluido salivar incrementándose el riesgo del inicio y progresión de la caries de primera infancia y de caries cavitacional y broncoaspiración.
- » El cepillo es de uso individual e intransferible, y debe conservarse en un lugar ventilado, sin que las cerdas entren en contacto con las cerdas de otros cepillos.
- » En la zona que aún no tiene dientes, mantenga el masaje de las encías con una gasa esterilizada. Si el cepillo es suave, puede incluso realizar limpieza de la lengua.
- » Evite el uso de cremas dentales con sabores muy atractivos para que el niño no las trague (chicle, frutas, etc.) y al aplicar la crema en el cepillo, la cantidad no debe superar el tamaño de una lenteja. La crema debe presionarse para que quede dentro de las cerdas y no en la superficie, lo que evita que la crema se caiga, favoreciendo que pueda ser distribuida en la mayor cantidad de dientes.
- » Cambie el cepillo dental de forma frecuente (idealmente cada tres meses, o antes si se han deformado sus cerdas) y en los casos en que se presente enfermedades como las estomatitis, cámbielo inmediatamente después de la recuperación del niño.
- » Hacer uso de la seda dental es importante para eliminar la placa que se acumula entre los dientes. Debe realizarse siempre por lo padres, tres veces por semana, cuando el niño presenta contactos interproximales, y acorde con las instrucciones del odontólogo. Es ideal que se haga antes del cepillado dental.

Uso de flúor



- » Desde el momento de la erupción dental, hacer uso de cremas fluoruradas para reducir la presencia de caries dental, sobre todo si el riesgo es alto.
- » Para reducir el riesgo de caries pero también de fluorosis, en los menores de 2 años, realizar y supervisar el cepillado dos veces al día con crema dental fluorada de concentración entre 450-550 ppm y en cantidad menor al tamaño de una lenteja e incentivar al niño a escupir los excesos de crema.
- » Desde el momento en que el niño aprende a escupir, cuando presenta alto riesgo de tener caries, debe usarse crema en concentración de 1100 ppm de Flúor, para el cepillado 2 veces por día en cantidad del tamaño de una lenteja o menos, incentivar al niño a escupir la crema dental.
- » Desde los 6 años, el cepillado debe realizarse con crema de concentración entre 1100-1450 ppm de Flúor, incentivado al niño a escupir los excesos al final pero evitando que se enjuague.

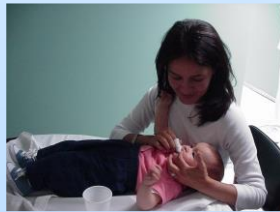
Consulta a profesionales de la salud



- » Realizar visita al odontólogo, de forma inmediata al inicio de la erupción dental para que padres y/o cuidadores reciban las orientaciones para el adecuado cuidado bucal.
- » En todo caso la consulta en el servicio de Odontología, debe realizarse al menos cada 6 meses a partir del nacimiento, según el riesgo a desarrollar patologías bucales (alto riesgo a caries pueden requerir de control mensual).
- » El inicio temprano de la visita al Odontólogo u Odontopediatra, favorece que se mejoren las prácticas y que se identifiquen oportunamente situaciones de riesgo, para controlar la presencia de enfermedades y complicaciones. Por ello lleve al niño de forma tranquila y no traslade sus temores personales a la experiencia del niño. Así le ayudará a que su experiencia en el consultorio Odontológico, sea mucho más agradable.
- » Consulte al pediatra, asista a las consultas de crecimiento y desarrollo y a los programas preventivos integrales, acorde con las recomendaciones para la edad.
- » Nunca dude en solicitar información a los profesionales de la salud, para que le aclaren cuantas veces lo requiera, todas las dudas que tenga sobre los cuidados bucales del niño y sobre sus propios cuidados.

CONSEJOS PARA UN ADECUADA HIGIENE BUCAL

- ❖ Los padres y/o cuidadores son los responsables de la higiene del niño, y por tanto son quienes deben realizar y supervisar el cepillado, siempre permitiendo que el niño participe conociendo que hacen y para qué.
- ❖ Tome el cepillo con firmeza para facilitar los movimientos de la muñeca, pero de forma cuidadosa para no golpear los dientes o los tejidos de la boca.
- ❖ Progresivamente muéstrelle con su ejemplo como debe abrir la boca para permitirle que introduzca el cepillo e instrúyalo paulatinamente para que permita que el cepillo se desplace por las superficies de los dientes y molares; instrúyalo para que no muerda el cepillo.
- ❖ Acueste al niño en sus piernas para que pueda tener mayor visibilidad de los dientes y a medida que crece colóquelo de forma que él pueda ver en el espejo como le realizan la higiene. Así se genera un espacio de confianza y amor con el niño, al tiempo que va adquiriendo el hábito.



- ❖ En la medida en que se completa la dentición temporal y cuando se inicia la dentición permanente, use una cantidad suficiente de seda dental (20 a 30 cm), enróllala entre sus dedos índices y apóyese con los dedos pulgares para deslizarla suavemente (con movimientos en forma de C), por los espacios que hay entre dos dientes contiguos, hasta llegar a la encía. Para sacar la seda realice el mismo movimiento de deslizamiento pero en sentido contrario.



- ❖ Luego de usar la seda, cepille los dientes, sin mojar el cepillo y haciendo uso de cantidades tan pequeñas como una lenteja (o incluso de menor tamaño), aplicada no encima o sobre las cerdas del cepillo, sino dentro de las cerdas.



CONSEJOS PARA UN ADECUADA HIGIENE BUCAL

- ◆ Busque tener siempre un mismo orden para el cepillado de los dientes: inicie por las caras externas de los dientes, desde el lado derecho superior, continuando por el lado izquierdo superior, luego por el lado izquierdo inferior y concluya por el lado derecho inferior, realizando varios barridos cada vez. Luego haga el mismo recorrido por las caras internas de los dientes y finalice por las caras mas rugosas de las muelas. De esta forma se evita que queden dientes y superficies sin limpiar.
- ◆ Coloque las cerdas del cepillo formando un ángulo con la encía, y realizando un movimiento rotatorio o de barrido. Repita el movimiento tantas veces como considere necesario y hasta cubrir todos los dientes y muelas, así como todas sus caras.
- ◆ Para las caras internas de los dientes anteriores, coloque mejor el cepillo en posición vertical, de forma que pueda entrar en el arco dental sin lastimar las encías o demás dientes del niño.



- ◆ Posteriormente limpie la lengua del niño, pasando suavemente el cepillo y cuidando de no estimular el vómito.
- ◆ Finalmente, lave el cepillo con abundante agua y elimine los excesos de agua del cepillo sacudiéndolo cuidadosamente.
- ◆ Siempre felicite al niño por su colaboración y comparta con él, la experiencia de mantener juntos una buena salud bucal.

5. CONSEJOS PARA PREVENIR EL MALTRATO INFANTIL Y RECOMENDACIONES DE BUEN TRATO

MEDIDAS DE BUEN TRATO

Recomendaciones para los padres y cuidadores sobre disciplina para las hijas y los hijos:

- Establezca reglas claras. Es mucho mejor si son pocas y básicas. Todos los adultos de la casa deben conocerlas y hacerlas cumplir.
- Aplique siempre las mismas reglas. Cuando al niño se le permite un día una cosa y otro día no, se confunde. Cuando tenga que hacer una excepción de la regla, explíquelo al niño por qué lo hace. Las reglas no pueden estar cambiando ni aplicarse de acuerdo a conveniencia de los padres.
- Cuando un hijo comete una falta, explíquelo porqué lo que hizo estuvo mal. No importa si el niño aún no habla, ellos desde muy temprana edad entienden las razones e interpretan las expresiones de los padres.
- Escuche los motivos del niño antes de reprenderlo. Antes de imponer un castigo cuente hasta 10 y piense un momento cual será la forma más adecuada de corregirlo. No lo castigue con rabia, porque puede maltratarlo.
- No castigue al niño dos veces por la misma falta. Si un padre ya impuso un castigo, el otro no necesita imponer otro. Así mismo si fue castigado en la escuela, no debe volverse a castigar en la casa; sería ideal reflexionar con él sobre la falta y los acontecimientos que la rodearon.
- Jamás diga a un hijo que es tonto o bruto. Sus hijos pueden equivocarse y si cometen faltas debe corregirlas, pero no de manera violenta. Todas las personas cometen errores y no por eso, son tontas o brutas.
- El castigo físico, los gritos, las amenazas y los insultos no generan respeto, sólo miedo y no son la forma correcta de educar.

GRUPO DE

RECOMENDACIÓN

6. RECOMENDACIONES PARA LA PROMOCION DEL DESARROLLO INFANTIL SALUDABLE

EDAD	
Niños hasta dos meses de edad	» Orientar a la madre para que tanto ella como otros integrantes de la familia o convivientes mantengan un diálogo con el niño buscando un contacto visual (ojo con ojo). Enseñar a los padres que deben hablarle mientras lo alimenta con voz suave y apacible. El bebé pasa mucho tiempo del día alimentándose, y este tiempo es una oportunidad para mostrarle que su voz tiene un tono feliz que va de acuerdo a su sonrisa. "¿Qué te pasa?... ¿Estás con hambre?...Mamá te quiere mucho". » Estimular visualmente al niño con objetos coloridos, a una distancia mínima de 30 centímetros, realizando pequeños movimientos oscilatorios a partir de la línea media. » Colocar al niño en posición decúbito ventral (boca abajo) para estímulo cervical, y llamar su atención poniéndose al frente y estimulándolo visual y auditivamente.
Niños de dos a cuatro meses de edad	» Interactuar con el niño estableciendo contacto visual y auditivo (conversar con el bebé). Mientras lo bañan, lo visten o le cambian el pañal, se debe hablar con el bebé sobre todo lo que se le está haciendo, repitiendo las mismas palabras una y otra vez. "¡Qué lindo estar en el agua!...Vamos a secar tus orejitas...Vamos a poner la batita, primero este brazo, ahora éste..." » 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 de quedar en una posición sentada con apoyo, para que pueda ejercitar el control de la cabeza. » Tocar las manos del niño con pequeños objetos, estimulando que él lo tome.
Niños de cuatro a seis meses de edad	» Colocar juguetes a pequeña distancia del niño, dando la oportunidad para que intente alcanzarlos. » Darle al niño objetos en la mano, estimulándolo para que se los lleve a la boca. » Proporcionarle estímulos sonoros, fuera de su alcance visual, para que localice el sonido. Empezar a introducir al bebé en los sonidos del ambiente hogareño. Cuando golpean la puerta o entra alguien a la habitación o suena el teléfono: ¿Quién será? Se debe hacer a pesar de que al principio el niño no lo escuche en absoluto, pero luego comenzará a prestar atención a los sonidos referidos por los padres. » Estimular al niño batiendo palmas o jugando para que pase solo de la posición supina (boca arriba) a la pronación (boca abajo). » Al bebé le gusta que lo balanceen. Sostenerlos y bailar al compás de alguna melodía.
Niños de seis a nueve	» Jugar con el niño a taparse y descubrirse, utilizando paños para cubrir el rostro del adulto. » Dar al niño juegos fáciles de ser manejados para que pueda pasarlos de una mano a otra.

meses de edad	» mantener un diálogo constante con el niño, introduciendo palabras de fácil sonorización (da – da, pa – pa). » Cuando se empieza con la alimentación con sólidos, mientras se lo alimenta, mantener una conversación. "¿Tienes hambre Juan?... acá está tu plato... ¡qué rico! alentarle a agarrar la cuchara. » A esta edad le gusta mirarse en el espejo. sonríe y hace señas. tratar de interactuar "mira ahí estás vos", "¿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 al niño jugar sentado en el suelo (en una colchoneta o estera) o dejarlo en decúbito ventral (boca abajo), estimulando que se arrastre y posteriormente gatee.
Niños de nueve a doce meses de edad	» Jugar con el niño con música, haciendo gestos (batir palmas, decirle chao con la mano) y solicitando que responda. » Promover el contacto del niño con objetos pequeños (semillas de maíz, frijol, cuentas) para que pueda tomarlos con los dedos utilizándolos como una pinza (observar que no se lleve los objetos a la boca). » Conversar con el niño estimulando a que domine el nombre de las personas y objetos que lo rodean. » Dejar al niño en un sitio en que 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. » Hablar con el bebé con naturalidad, empleando frases cortas como "acá está tu taza...vamos a limpiar... ¡qué galletita tan rica! » A esta edad les fascina tirar todo al suelo, solicitar al niño que colabore para ordenar, "trae a mamá la pelota... la ponemos acá....yo te ayudo".
Niños de 12 a 15 meses de edad	» Estimular al niño para que salude con la mano (diga chao), tire besos, aplauda, atienda el teléfono, etcétera. » Dar al 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 al niño palabras simples a través de rimas, músicas y sonidos comúnmente hablados. Algunas veces toda la familia podrá golpear las manos o tocar el tambor al tiempo que bailan y cantan con su niño mientras escuchan música. » A esta edad hay que estimular al niño a que mire revistas o cuentos. Puede también, cortarse figuras en las que aparezcan comidas favoritas o juguetes o muebles y hacer con esto una especie de libro. Él aprenderá a pasar las hojas, probablemente al principio sean varias hojas o al revés. » A esta edad le gusta caminar de una persona a otra. Estimular a través del juego: "¿Dónde está papi?... busca a papi" "¿Dónde está Susana?...ven conmigo". El pequeño podrá ir hacia cada persona y debe recibir un abrazo o recompensa. » Posibilitar que el niño pueda desplazarse a pequeñas distancias tomándose de objetos para promover que camine sin apoyo.
Niños de 15 a 18 meses de edad	» Solicitar al niño objetos diversos, pidiéndoselos por el nombre y 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

edad	demonstrarle 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....acá hay un nene..." » Si el bebé señala algunos de sus dibujos es que está tratando de decir algo sobre él. Aun cuando no se entienda lo que dice debe escucharse su intento, cuando termina su turno para hablar nuevamente. » Escuchar con el bebé música rápida y luego música lenta. Estimularlo a que se mueva y siga el compás. » Probablemente si el papá le pregunta "¿Quién es ella?", responda "mamá"; festejar este logro para que el niño pueda saber a través de su expresión que lo han escuchado. » Si el niño pide algo a través de sonidos o señas, es importante que escuche a sus padres repetir correctamente lo que él trataba de decirle. "¿Quieres agua?"... "Aquí tienes agua". » Darle al niño papel y crayones para fomentar su auto expresión (garabateo espontáneo). » Jugar con el niño pidiéndole que camine para adelante y para atrás, inicialmente con ayuda.
Niños de 18 a 24 meses de edad	» Estimular al 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?" » 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 él quería decir. Puede que a esta edad, cada palabra signifique una frase. Ej.: bebé: "Más" Madre: "Más leche, por favor. Tu quieres más leche". » Estimular a hablar con el teléfono. » Jugar con el niño con objetos que puedan ser apilados, demostrando cómo hacerlo. » Solicitar al niño que señale figuras de revistas y juegos que ya conoce. » Jugar con el niño a patear la pelota (hacer gol).
Niños de dos años a dos años y seis meses	» Estimular a la autonomía e independencia del niño para actividades de auto cuidado diario, como por ejemplo, en la alimentación, el baño (solicitando que el niño identifique las partes del cuerpo) y en el vestido (incentivar para que el niño vista alguna prenda sin ayuda), con supervisión de la madre. » Estimular al niño a jugar con sus pares a fin de promover la ampliación del contexto (interacción social y cognitivo). Orientar a la madre en cuanto al autocontrol corporal, control de esfínteres, que deberá ocurrir en un clima lúdico, relajado y acogedor y no en un clima cargado de presión emocional, incorporando gradualmente el uso de sanitario por parte del niño.
Niños de dos años y seis meses a tres años	» Orientar a la madre a mantener un diálogo solicitando al niño que comente sus juegos, nombre de amigos, estimulando el lenguaje y la inteligencia. » Dar al niño oportunidad de interactuar con elementos de lectura (libros de cuento) y de escritura (papel, lápices). Presentar al niño figuras, como por ejemplo, animales, piezas de vestuario, objetos domésticos y estimular al niño a nombrarlas, decir para qué sirven. » Implementar juegos utilizando una pelota, pedir que el niño tire la pelota en su dirección iniciando así una actividad lúdica interactiva.
Niños de tres años y seis	» Incentivar al niño a realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda (Ej.: alimentarse, bañarse, cepillarse los dientes).

meses a cuatro años	» Dialogar con el niño estimulando a hablar de su rutina diaria, juegos que realiza, sobre a qué le gusta jugar. Pregunte sobre cómo se siente (ej.: ¿estás cansado?; ¿tienes sueño? » Realizar con el niño juegos con canciones infantiles que enseñen gestos o imitaciones de animales o personajes de historias infantiles. Juegos además que impliquen movimientos amplios y equilibrio como andar en triciclo, saltar adentro- afuera (no en círculo).
Niños de cuatro años a cuatro años y seis meses	» Orientar a la madre a realizar juegos con bloques o juguetes coloridos solicitando al niño que empareje o agrupe colores semejantes. Señalar en el ambiente, objetos o cosas que sean coloridas y contextualice los colores (ej. "la heladera es blanca", "el oso de peluche es azul"). » Instar al niño con juegos que comprometan las siguientes actividades: dibujar (espontáneamente o copiando), colorear, recortar figuras de revistas, nombrar siempre las figuras y solicitar que el niño cuente qué dibujó. » Contar historias infantiles y tratar que el niño recuerde datos de la misma (ej. ¿cuál es el nombre de la historia que leímos?, ¿Cómo era la historia? » Jugar a saltar en un pie.
Niños de cuatro años y seis meses a cinco años	» Alentar al niño a ejecutar las actividades de la vida diaria (ej. Vestirse sin ayuda). Dejar que el niño tenga iniciativa para realizar estas actividades y no hacerlas por él. » Estimular al niño por medio de tareas simples, como por ejemplo pedir que "coloque los zapatos dentro del armario", "ponga el pan arriba de la mesa", ponga los juguetes dentro de la caja", etcétera. » Organizar juegos que comprendan grandes movimientos, como por ejemplo "estatua" "juego de la mancha".
Niños de cinco años a cinco años y seis meses	» Orientar a la madre para que no interfiera o que le permita al niño que tenga iniciativa para el cumplimiento de las actividades de la vida diaria (cepillar los dientes) sin su supervisión. » Mencionar al niño las diferentes características estructurales de los objetos, por analogía, conservación numérica y de cualidades.
Niños de Cinco años y seis meses a seis años	» Realizar actividades con juegos de mesa (ej.: "juego de cartas", "memoria") con el objeto de implementar la utilización y seguimiento de reglas y de autocontrol. » Leer historias infantiles y solicitar que el niño realice un dibujo de la historia leída. » Solicitar al niño el cumplimiento de actividades que sean su responsabilidad, como por ejemplo la organización de los cuidados de sus juguetes, su material escolar, actividades de acuerdo a su franja de edad. » Estimular actividades de dibujo (ej.: ¡vamos a dibujar una persona!) y pintura. Jugar con actividades que estimulen el equilibrio (ej. "Saltar la cuerda o a la rayuela").

TRATAR AL NIÑO CON EPILEPSIA

DIAZEPAM PARA MANEJO DEL ESTADO EPILEPTICO

PESO	DIAZEPAM IV Dosis: 0,2 a 0,5 mg/kg/dosis Presentación: 5 mg/ml	DIAZEPAM INTRARECTAL Dosis: 0,5 mg/kg/dosis Usando presentación IV
3 a 5 kg	1 mg (0,2 ml)	2 mg (0,4 ml)
6 a 8 kg	1,5 mg (0,3 ml)	2,5 mg (0,5 ml)
9 a 11 kg	2 mg (0,4 ml)	5 mg (1 ml)
12 a 14 kg	2,5 mg (0,5 ml)	6,5 mg (1,3 ml)
15 a 17 kg	3,5 mg (0,7 ml)	8 mg (1,6 ml)
18 a 20 kg	4 mg (0,8 ml)	9,5 mg (1,9 ml)
21 a 23 kg	4,5 mg (0,9 ml)	10 mg (2 ml)
Mayor 24 kg	5 mg (1 ml) Máxima dosis 10 mg (2 ml)	10 mg (2 ml)

ACIDO VALPROICO EPILEPSIA CON CRISIS GENERALIZADAS O CON CRISIS DE AUSENCIA (SEGUNDA LÍNEA PARA EPILEPSIA CON CRISIS FOCALES)

DOSIS: INICIAR CON 15 MG/KG/DÍA, AUMENTAR 5 MG/KG/DÍA CADA 5 DÍAS HASTA LA DOSIS DE
MANTENIMIENTO ADECUADA: 25 – 50 MG/KG/DÍA.

PRESENTACIÓN: JARABE 250 MG/5 ML O TABLETAS DE 250 MG

PESO (Kg)	Dosis inicial: 15mg/kg/día	Dosis a los 5 días: 20 mg/kg/día	Dosis a los 10 días: 25 mg/kg/día	Dosis a los 15 días: 30 mg/kg/día	Dosis máxima: 50 mg/kg/día
3 – 5	20 mg (0,4ml)*	30mg(0,5ml)*	35mg(0,7ml)*	40 mg(0,8ml)*	70 mg(1,4ml)*
6 – 8	35 mg (0,7ml)*	50mg(1,0ml)*	60mg(1,2ml)*	70 mg (1,4ml)*	120mg (2,4ml)*
9 – 11	50 mg (1,0ml)*	70mg(1,4ml)*	90mg(1,8ml)*	100 mg (2,0ml)*	180mg (3,6ml)*
12 – 14	65 mg (1,3ml)*	90mg(1,8ml)*	110mg(2,2ml)*	130 mg (2,6ml)*	220mg (4,4ml)*
15 – 17	80 mg (1,6ml)*	110mg(2,2ml)*	140mg(2,8ml)*	160 mg (3,2ml)*	280mg (5,6ml)*
18 – 20	95 mg (1,9ml)*	130mg(2,6ml)*	160mg(3,2ml)*	190 mg (3,8ml)*	320mg (6,4ml)*
21 – 23	110 mg(2,2ml)*	150mg(3,0ml)*	190mg(3,8ml)*	220 mg (4,4ml)*	380mg (7,6ml)*
24 – 26	125mg(2,5ml)*	170mg(3,4ml)*	210mg(4,2ml)*	250 mg (5,0ml)*	420mg (8,4ml)*
27 – 29	140mg(2,8ml)*	190mg(3,8ml)*	240mg(4,8ml)*	280 mg (5,6ml)*	480mg (9,6ml)*
30 – 32	155 mg(3,1ml)*	210mg(4,2ml)*	260mg(5,2ml)*	310 mg (6,2ml)*	520mg (10,4ml)*
33 – 35	170mg(3,4ml)*	230mg(4,6ml)*	290mg(5,8ml)*	340 mg (6,8ml)*	580mg (11,6ml)*
36 – 38	185mg(3,7ml)*	250mg(5,0ml)*	310mg(6,2ml)*	370 mg (7,4ml)*	620mg(12,4 ml)*
39 – 41	200mg(4,0ml)*	270mg(5,4ml)*	340mg(6,8ml)*	400 mg (8,0ml)*	680mg(13,6 ml)*
42 – 44	215mg(4,3ml)*	290mg(5,8ml)*	360mg(7,2ml)*	430 mg (8,6ml)*	720mg(14,8 ml)*
45 – 47	230mg(4,6ml)*	310mg(6,2ml)*	390mg(7,8ml)*	460 mg (9,2ml)*	780mg(15,6ml)*
48 – 50	245mg(4,9ml)*	330mg(6,6ml)*	410mg(8,2ml)*	490 mg (9,8ml)*	820mg(16,4ml)*

*Dosis en mg o ml que se debe administrar cada 8 horas

FENOBARBITAL

SEGUNDA LÍNEA PARA EPILEPSIA CON CRISIS GENERALIZADAS O CON CRISIS FOCALES

DOSIS: 3 A 5 MG/KG/DÍA, INICIAR CON 3 MG/KG/DOSIS Y AUMENTAR 1 MG/KG/DÍA CADA 5 DÍAS HASTA LA DOSIS DE MANTENIMIENTO ADECUADA

PRESENTACIÓN: ELIXIR 20 MG/5 ML O TABLETAS DE 10, 50 O 100 MG

PESO (KG)	Dosis inicial: 3 mg/kg/día dividido en 2 dosis	Dosis a los 5 días: 4 mg/kg/día Dividido en 2 dosis	Dosis a los 10 días y dosis de mantenimiento: 5 mg/kg/día dividido en 2 dosis
3 – 5	6 mg (1,5 ml)*	8 mg (2,0ml)*	10 mg (2,5 ml)*
6 – 8	10 mg (2,5 ml)*	14 mg (3,5 ml)*	18 mg (4,5 ml)*
9 – 11	15 mg (4,0 ml)*	20 mg (5,0 ml)*	25 mg (6,3 ml)*
12 – 14	20 mg (5,0 ml)*	26 mg (6,5 ml)*	32 mg (8,0 ml)*
15 – 17	24 mg (6,0 ml)*	32 mg (8,0 ml)*	40 mg (10,0 ml)*
18 – 20	28 mg (7,0 ml)*	38 mg (9,5 ml)*	48 mg (12,0 ml)*
21 – 23	32 mg (8,0 ml)*	44 mg (11,0 ml)*	56 mg (14,0 ml)*
24 – 26	38 mg (9,5 ml)*	50 mg (12,5 ml)*	62 mg (15,5 ml)*
27 – 29	42 mg (10,5 ml)	56 mg (14,0 ml)*	70 mg (17,5 ml)*
30 – 32	48 mg (12,0 ml)	62 mg (15,5 ml)*	78 mg (19,5 ml)*
33 – 35	51 mg (12,7 ml)	68 mg (17,0 ml)*	85 mg (21,2 ml)*
36 – 38	55 mg (13,7 ml)	74 mg (18,5 ml)*	92 mg (23,0 ml)*
39 – 41	60 mg (15,0 ml)	80 mg (20,0 ml)*	100 mg (25,0 ml)

*Dosis en mg o ml que se debe administrar cada 12 horas

CARBAMAZEPINA

EPILEPSIA CON CRISIS FOCALES

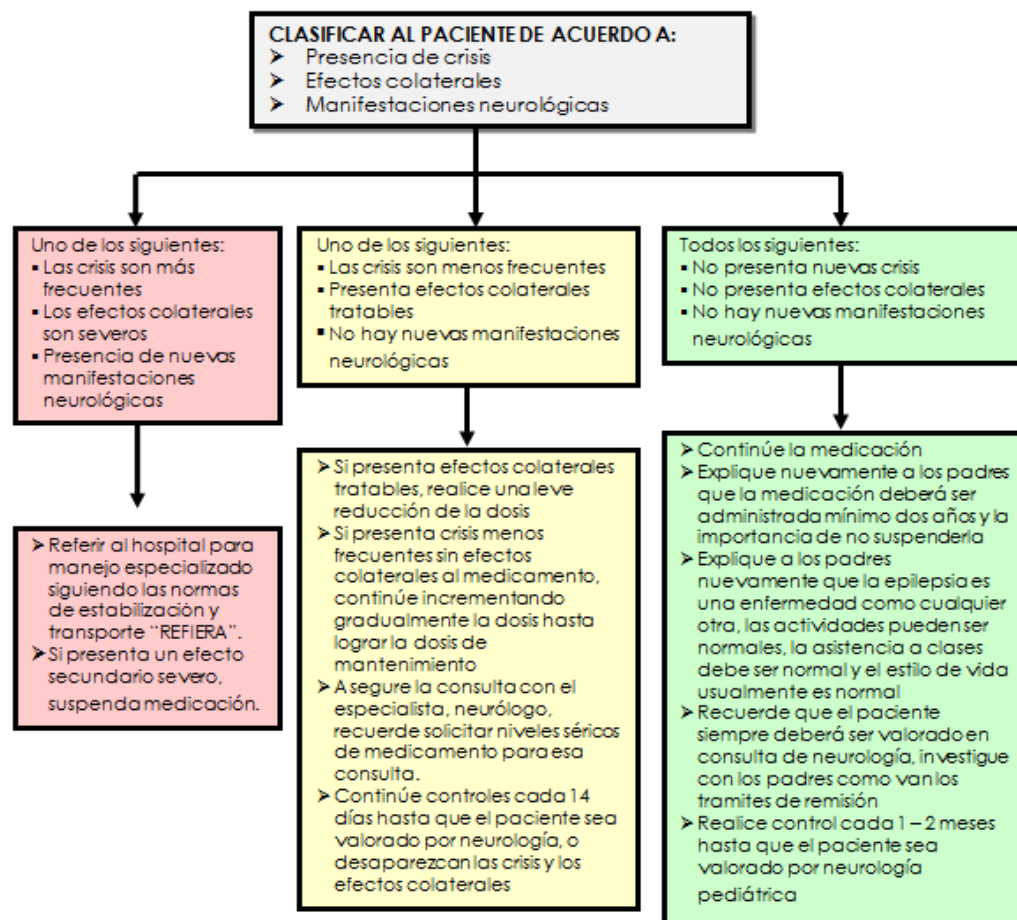
DOSIS: 15 A 30 MG/KG/DÍA, INICIAR CON 5 MG/KG/DÍA Y AUMENTAR DE 5 MG/KG/DÍA CADA 5 DÍAS, HASTA LA DOSIS DE MANTENIMIENTO ADECUADA

PRESENTACIÓN: SUSPENSIÓN ORAL 100 MG /5 ML O TABLETAS DE 200 MG Y 400 MG

PESO	Dosis inicial: 5 mg/kg/día	Dosis a los 5 días: 10 mg/kg/día	Dosis a los 10 días y dosis de mantenimiento: 15 a 30 mg/kg/día
3 – 5 kg	5 mg (0,3 ml)*	10 mg (0,5 ml)*	15 a 30 mg(0,7 a 1,5 ml)*
6 – 8 kg	10 mg (0,5 ml)*	20 mg (1,0 ml)*	30 a 60 mg(1,5 a 3,0 ml)*
9 – 11 kg	15 mg (0,8 ml)*	30 mg (1,5 ml)*	45 a 90 mg(2,3 a 4,5 ml)*
12 – 14 kg	20 mg (1,0 ml)*	40 mg (2,0 ml)*	60 a 120 mg(3,0 a 6,0 ml)*
15 – 17 kg	25 mg (1,3 ml)*	50 mg (2,5 ml)*	75 a 150 mg(3,5 a 7,5 ml)*
18 – 20 kg	30 mg (1,5 ml)*	60 mg (3,0 ml)*	90 a 180 mg(4,5 a 9,0 ml)*
21 – 23 kg	35 mg (1,8 ml)*	70 mg (3,5 ml)*	100 a 200 mg(5,0 a 10,0 ml)*
24 – 26 kg	40 mg (2,0 ml)*	80 mg (4,0 ml)*	120 a 240 mg(6,0 a 12,0 ml)*
27 – 29 kg	45 mg (2,3 ml)*	90 mg (4,5 ml)*	140 a 280 mg(7,0 a 14,0ml)*
30 – 32 kg	50 mg (2,5 ml)*	100 mg (5,0 ml)*	150 a 300 mg(7,5 a 15,0ml)*
33 – 35 kg	55 mg (2,8 ml)*	110 mg (5,5 ml)*	170 a 340 mg(8,5 a 17,0 ml)*
36 – 38 kg	60 mg (3,0 ml)*	120 mg (6,0 ml)*	180 a 360 mg(9,0 a 18,0 ml)*
39 – 41 kg	65 mg (3,3 ml)*	130 mg (6,6 ml)*	200 a 400 mg(10,0 a 20,0 ml)*
42 – 44 kg	70 mg (3,5 ml)*	140 mg (7,0 ml)*	210 a 420 mg(10,5 a 21,0 ml)*
45 – 47 kg	75 mg (3,8 ml)*	150 mg (7,5 ml)*	220 a 450 mg(11,0 a 22,5ml)*
48 – 50 kg	80 mg (4,0 ml)*	160 mg (8,0 ml)*	240 a 480 mg(12,0 a 24,0ml)*

*Dosis en mg y ml para administrar cada 8 horas.

SEGUIMIENTO DEL NIÑO CON EPILEPSIA



TRATAR AL NIÑO CON TUBERCULOSIS

TRATAMIENTO PARA EL NIÑO CLASIFICADO COMO TUBERCULOSIS LATENTE Y CONTACTO CON TUBERCULOSIS		
PESO (KG)	ISONIAZIDA TABLETA x 100 mg	
	DOSIS ÚNICA DIARIA 10 mg/kg/día	DURACIÓN
5-7	50 mg (1/2 tab)	Tb latente inmunocompetente 6 meses Tb latente inmunosuprimido 9 meses Contacto con Tb 3 meses
8-10	100 mg (1 tab)	
11-13	125 mg (1 y ¼ tab)	
14-16	150 mg (1 y ½ tab)	
17-19	175 mg (1 y ¾ tab)	
20-22	200 mg (2 tab)	
23-25	250 mg (2 y ½ tab)	

ESQUEMA RECOMENDADO PARA EL NIÑO CON TB POR LABORATORIO O CLÍNICA

- ➔ **FASE INICIAL INTENSIVA** con 4 medicamentos: isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, diarios durante 2 meses.
- ➔ **FASE DE CONTINUACIÓN** con dos medicamento, isoniazida y rifampicina, que se administran 3 veces por semana durante 4 meses
- ➔ **DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO: 6 meses** (2 meses intensivos y 4 meses de continuación)

DOSIS DE MEDICAMENTOS PARA TRATAR AL NIÑO CON TUBERCULOSIS

Medicamento	Dosis (mg/k/día)	Rango
Isoniazida	10 mg/k/día	10-15mg/k/día
Rifampicina	15 mg/k/día	10-20 mg/k/día
Pirazinamida	35 mg/k/día	30-40 mg/k/día
Etambutol	20 mg/k/día	15-25 mg/k/día

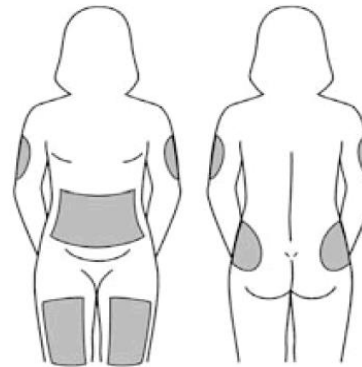
TRATAMIENTO DEL NIÑO CON VIH - SIDA

Edad	Categoría Clínica	Carga viral o VIH RNA copias/mL	CD4	Conducta	Considere iniciar terapia si presenta
<12 meses	Independiente de síntomas clínicos, parámetros inmunológicos o virológicos.			Trate	
1-5 años	Asintomático (1) o Leve (2) o un episodio de infección bacteriana seria o Neumonía Intersticial Linfoidea (NIL) considerados categoría B (3)	$\geq 100,000$	$>25\%$ □	Considere tratamiento.	□ VIH-RNA cercano a 100.000 copias/mL. Disminución rápida en el conteo o % CD4 cercana a los umbrales /edad. Desarrollo de síntomas clínicos. Evalúe siempre la capacidad del cuidador en cuanto a adherencia al tratamiento.
	Asintomático (1)	$<100,000$	$\geq 25\%$	Difiera tratamiento	
	Categoría Clínica B/severa (3) o C/Grave (4)			Trate	
	Independiente de síntomas clínicos o carga viral		$<25\%$	Trate	
Parámetros inmunológicos o virológicos	Asintomático (1) o Leve (2)	$\geq 100,000$	$\geq 350 \text{ cel/mm}^3$	Considere tratamiento	
	Asintomático (1)	$<100,000$	$\geq 350 \text{ cel/mm}^3$	Difiera tratamiento	
	Categoría Clínica B/severa (3) o C/Grave (4)			Trate	
	Independiente de síntomas clínicos o carga viral.		$<350 \text{ cel/mm}^3$ □	Trate	

TRATAR AL NIÑO CON DIABETES MELLITUS

INSULINA	PREPARACIÓN	INICIO ACCIÓN	PICO DE ACCIÓN	DURACIÓN DE ACCIÓN
HUMANA	Acción corta (neutral) (cristalina)	30 min. – 1 hora	2 – 4 horas	5 – 8 horas
	Acción intermedia (isófana) (NPH)	1 – 2 horas	4 – 12 horas	16 – 24 horas
	Acción intermedia (lente)	1 – 2,5 horas	6 – 15 horas	≤24 horas
ANÁLOGA	Acción rápida	15 – 30 minutos	1 – 3 horas	3 – 5 horas
	Basal (glargina)	2 – 4 horas	ninguno	24 horas
	Basal (detemir)	1 – 2 horas	6 – 12 horas	20 – 24 horas

Sitios de Inyección Recomendados



DOSIS DIARIA TOTAL DE INSULINA

- ▶ Fase de remisión parcial (cualquier edad): < 0,5 U/kg/día
- ▶ Niños preadolescentes (después de la remisión parcial): 0,7 – 1 U/kg/día.
- ▶ Durante la pubertad (después de la remisión parcial): 1,2 – 1,5 U/kg/día o más.

La distribución de la dosis total diaria de insulina es muy variable entre individuos y requiere titulación individual. Algunas de las distribuciones típicas son:

- ▶ Regímenes de dos inyecciones al día: generalmente se da el 60 – 75% de la dosis diaria de insulina en la mañana y el 25 – 40 % en la noche, siendo aproximadamente el 30% de cada dosis de insulina de acción corta.
- ▶ Regímenes bolo/basal: típicamente se administra el 40 – 60% del total diario en insulina de acción prolongada 1 o 2 veces al día y el resto dividido en bolos preprandiales.
- ▶ Terapia de bomba de insulina: típicamente 45 – 60% (nivel más bajo de este rango en niños pequeños y extremo superior de este rango en adolescentes) del total diario de insulina se administra como insulina basal y el resto es proporcionado por bolos preprandiales.
- ▶ Los requerimientos de insulina basal por lo general se reducen considerablemente (alrededor de 20% cuando se usan regímenes fisiológicos con glargina o bombas de insulina).

TRATAR AL NIÑO CLASIFICADO COMO CETOSIS O CETOACIDOSIS DIABETICA

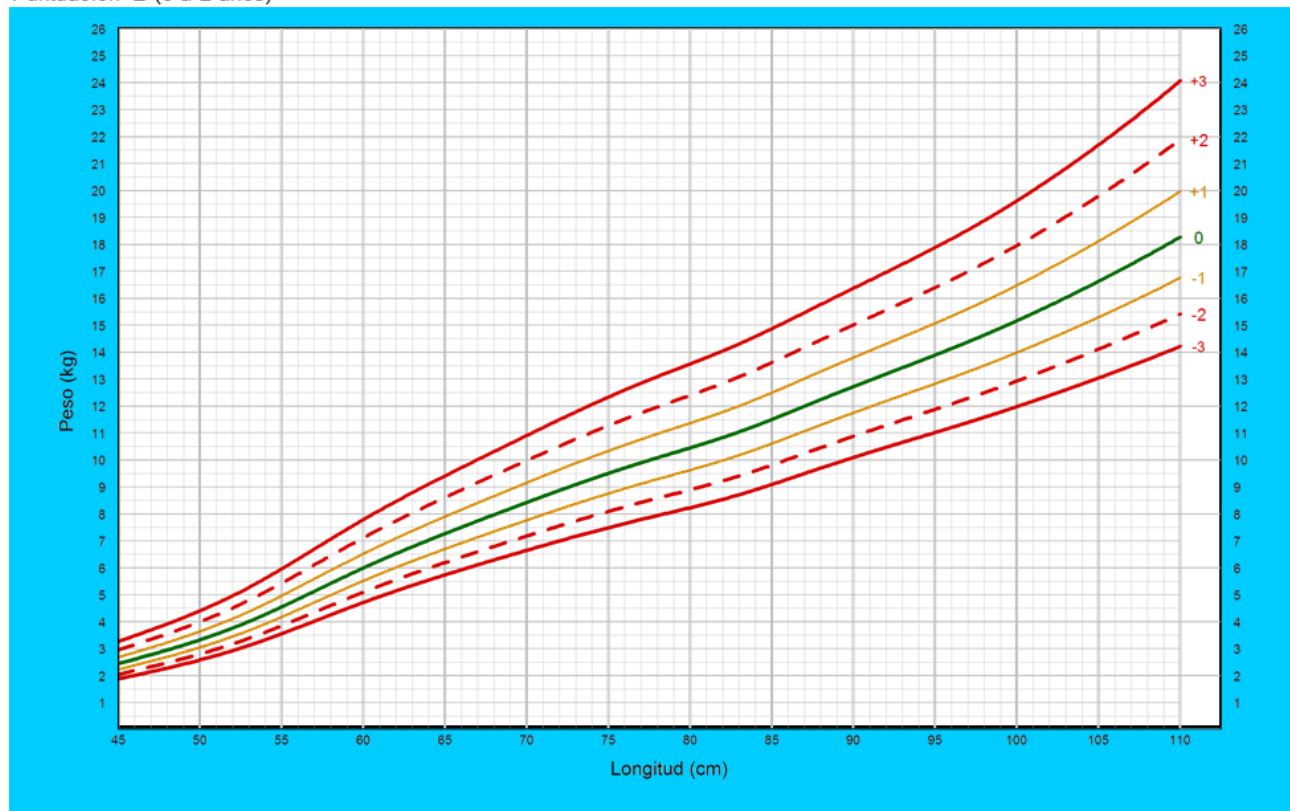
- ☒ No se requiere bolo de cristaloides a menos que el paciente se encuentre en choque, recuerde que la cetoacidosis cursa siempre con deshidratación y gasto urinario normal.
- ☒ **Líquidos:** En caso de requerir bolo se recomienda SS 0,9% 10 – 20 ml/kg en una hora y continuar con los líquidos basales así:
 - SS 0,9% 500 ml más potasio al 4% (es decir, 10 ml de cloruro de potasio en cada 500 ml de mezcla); líquidos basales (1500 ml/m²) más el déficit de acuerdo al grado de deshidratación 10% - 20%.
 - Pasar la mitad de los basales + 1/3 del déficit en las primeras 8 horas y el resto para las siguientes 16 horas por 48 horas.
 - No usar solución salina al medio.
- ☒ **Insulina:** NO se requiere bolo inicial de insulina
 - Iniciar insulina cristalina en infusión a 0,1 U/kg/hora, preparar la mezcla estándar así: 100 ml de SS 0,9% + 10 U de insulina cristalina + 1 cc de bicarbonato de sodio. 1 cc/kg/hora de la mezcla es igual a 0,1 U/kg/hora. Ejemplo: si el paciente pesa 20 kg, inicie 20 ml/hora que es igual a 2 U/hora de insulina (es decir, 0,1 U/kg/hora)
 - Cuando los niveles de glicemia se encuentren menores a 250 mg/dl cambiar líquidos a DAD 5% con potasio 4% y disminuir la infusión de insulina a 0,05 U/kg/hora e iniciar tolerancia a la vía oral con agua.
- ☒ Cuando mejora la hidratación, mejora el estado de conciencia y el niño tolera la vía oral cambiar la insulina de infusión intravenosa a bolos subcutáneos.
 - Esquema de insulina subcutánea:
0,7 U/kg/día se administra 2/3 de la dosis en la mañana (1/3 de insulina cristalina y 2/3 de insulina NPH) y 1/3 de la dosis en la noche antes de la cena (1/2 de insulina cristalina y 1/2 de insulina NPH)
 - La insulina intravenosa se debe mantener por 1 a 2 horas después de iniciado el esquema de insulina subcutánea.
- ☒ Los valores de pH sérico NO son válidos para el manejo. No se debe administrar bicarbonato de sodio.
- ☒ Se debe realizar controles de glucometría cada 30 minutos a cada hora inicialmente y control de potasio cada 4 horas.

GRAFICAS DE CRECIMIENTO OMS PARA COLOMBIA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES RESOLUCIÓN 2465/2016



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

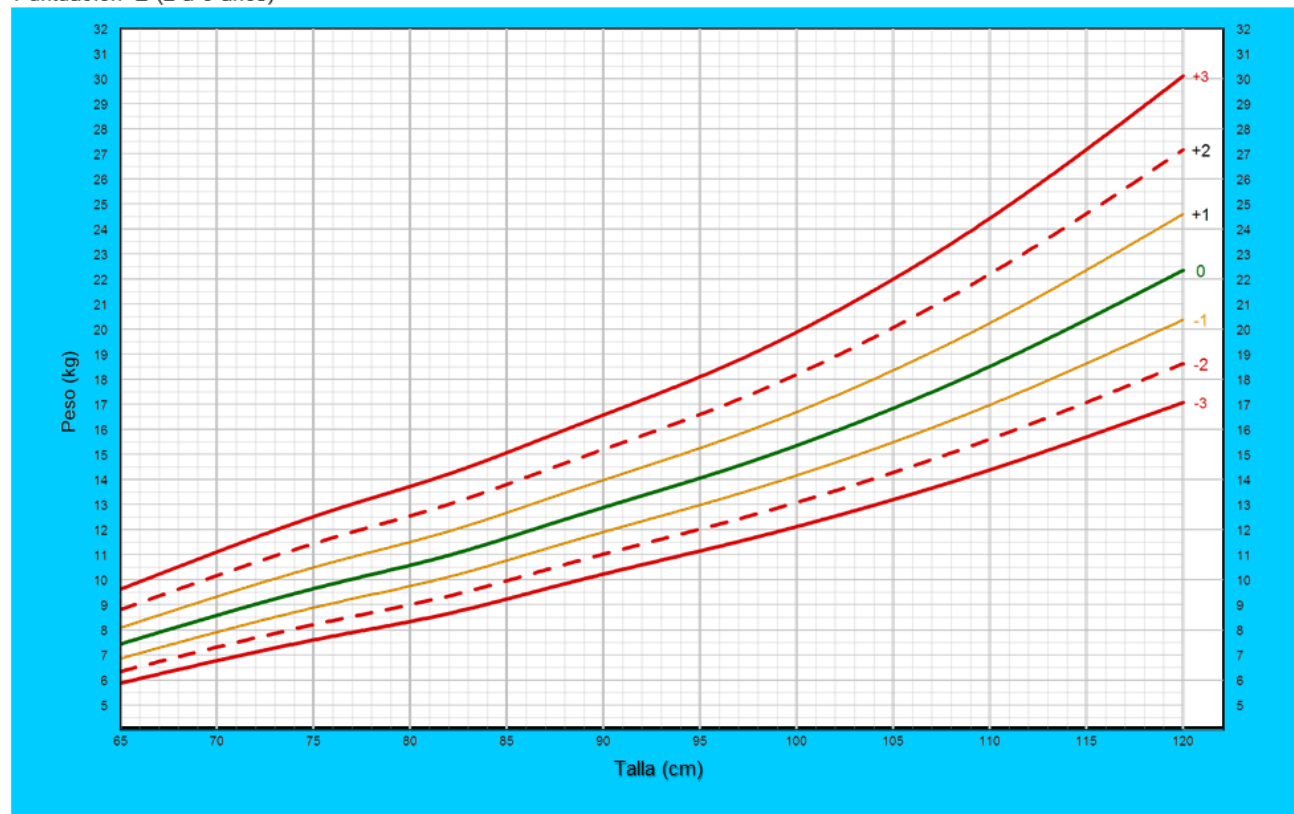


Organización
Mundial de la Salud



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



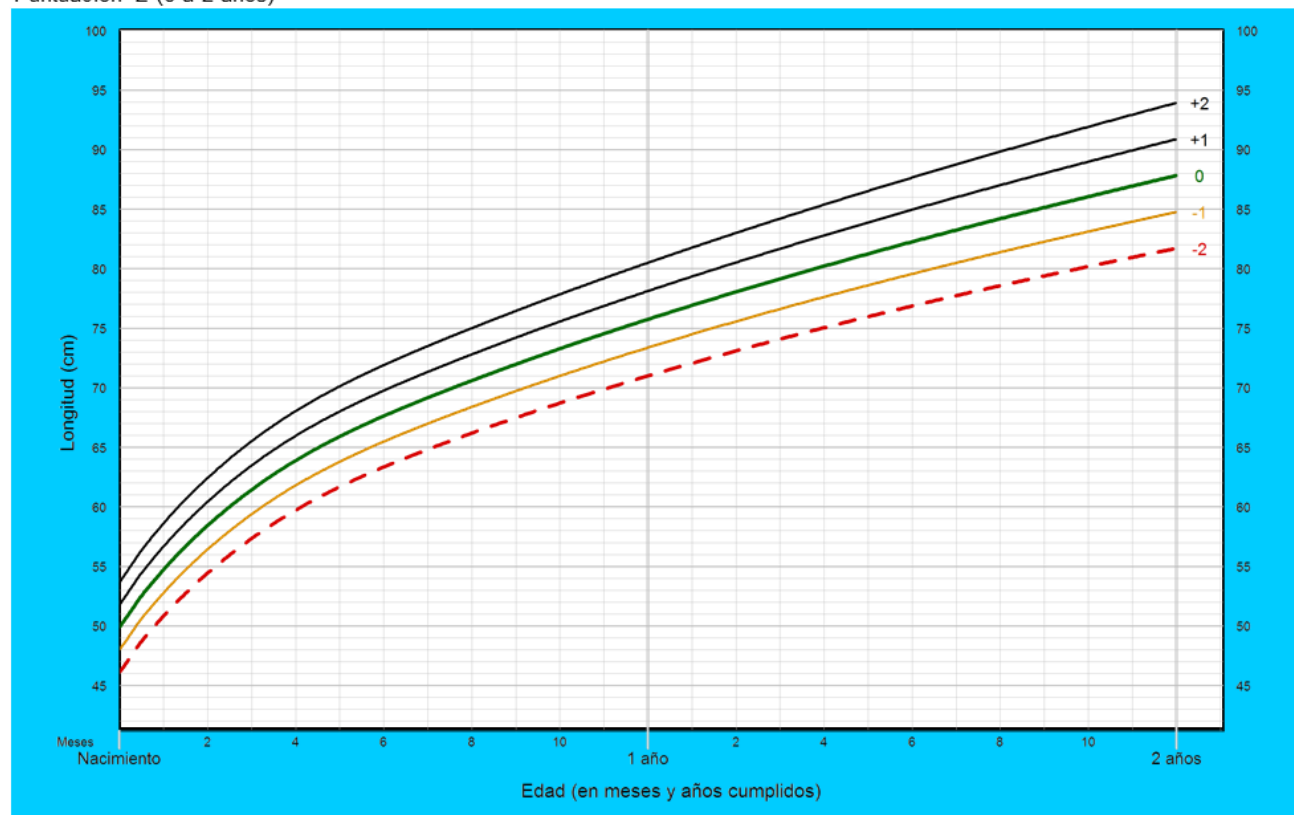
Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS  Organización
Mundial de la Salud



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



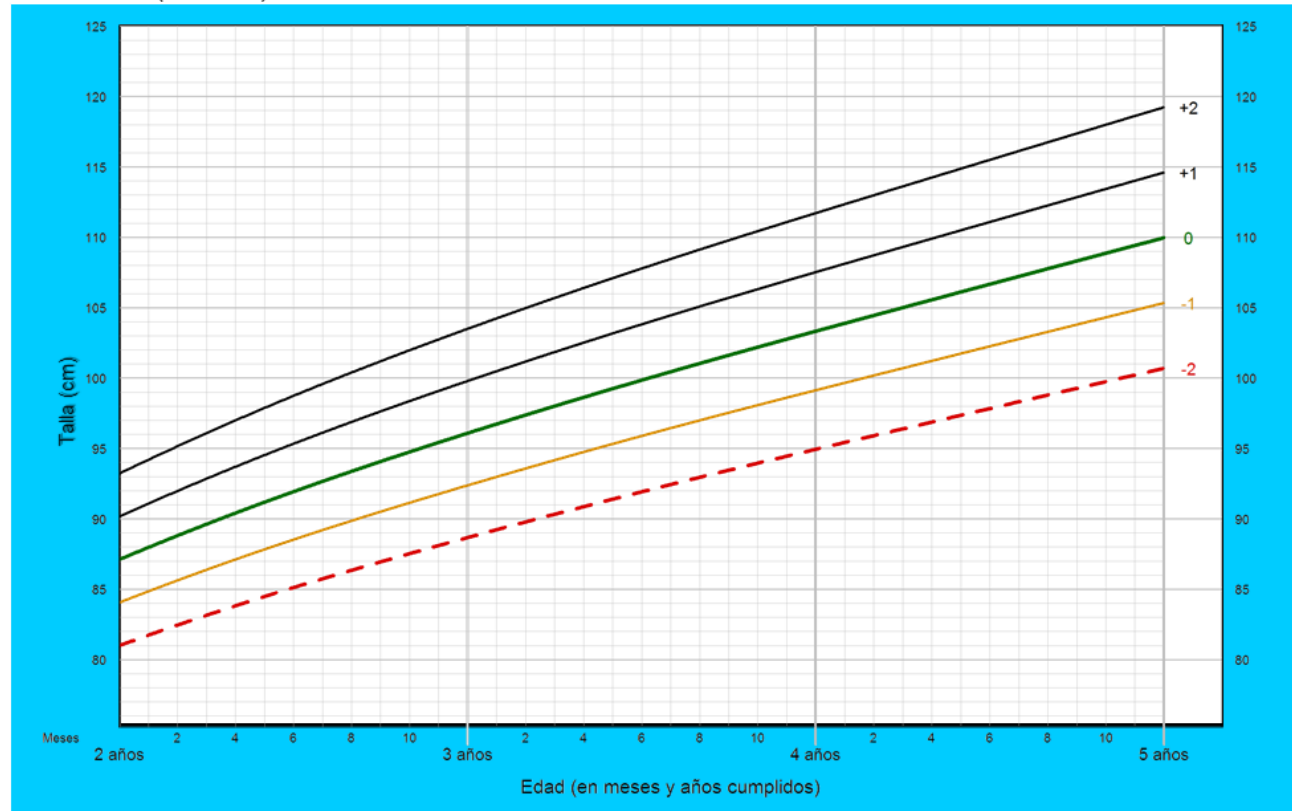
Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS  Organización
Mundial de la Salud



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



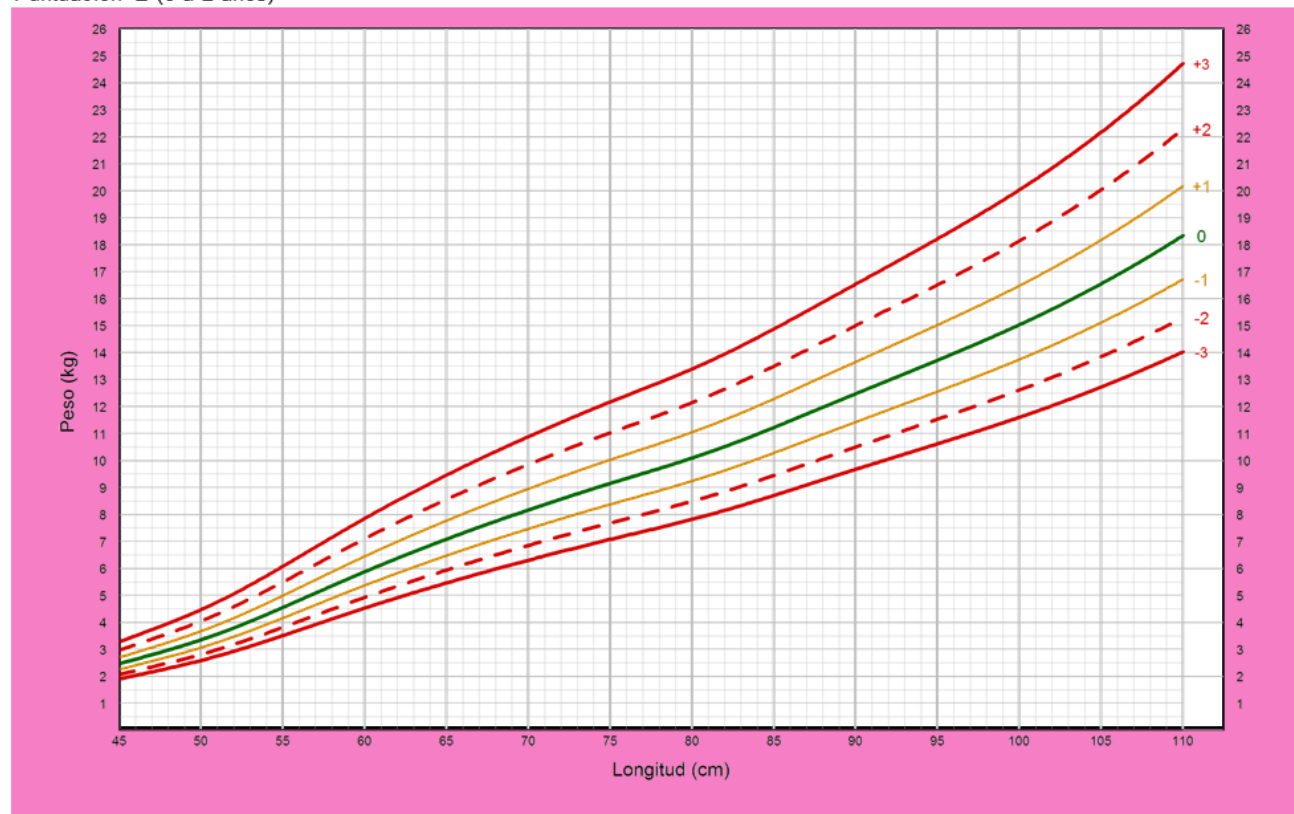
Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS  Organización Mundial de la Salud



Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



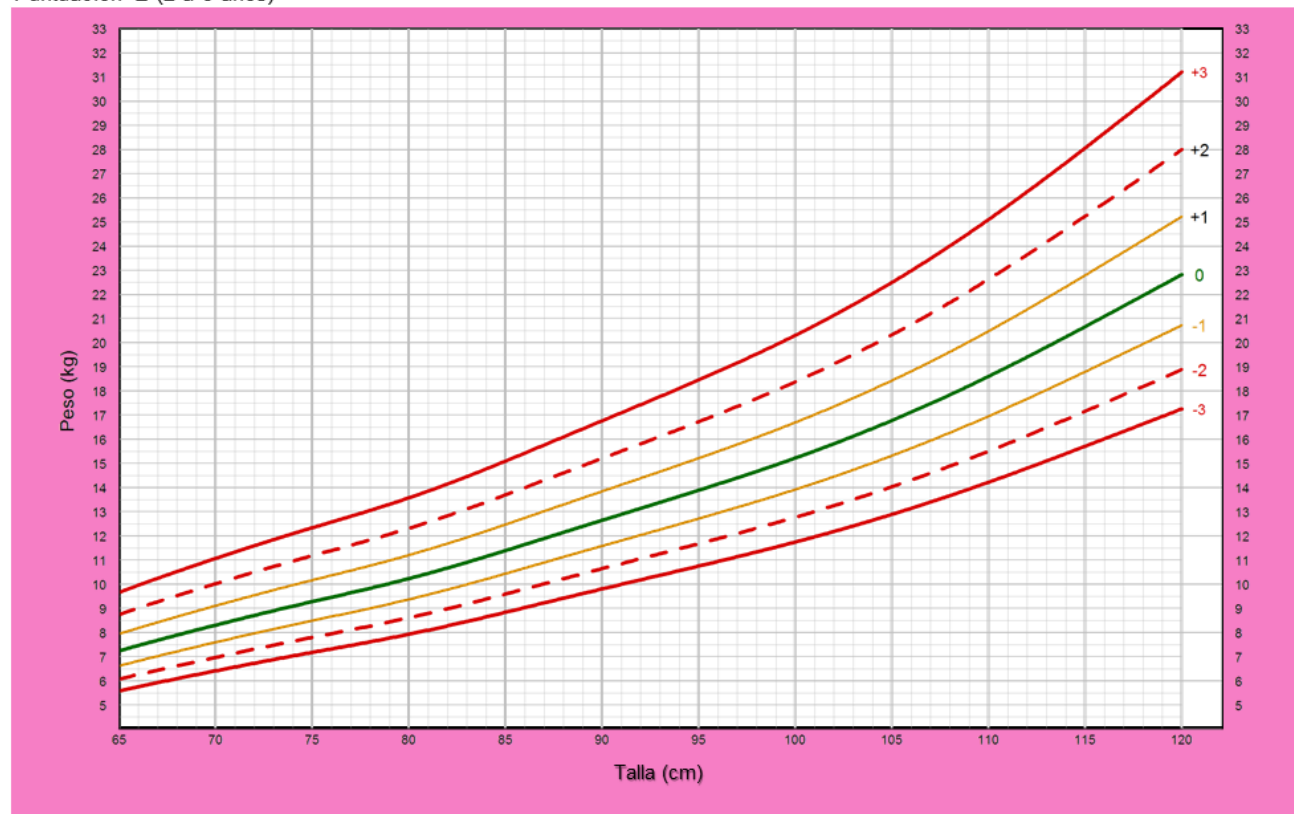
Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS  Organización
Mundial de la Salud



Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



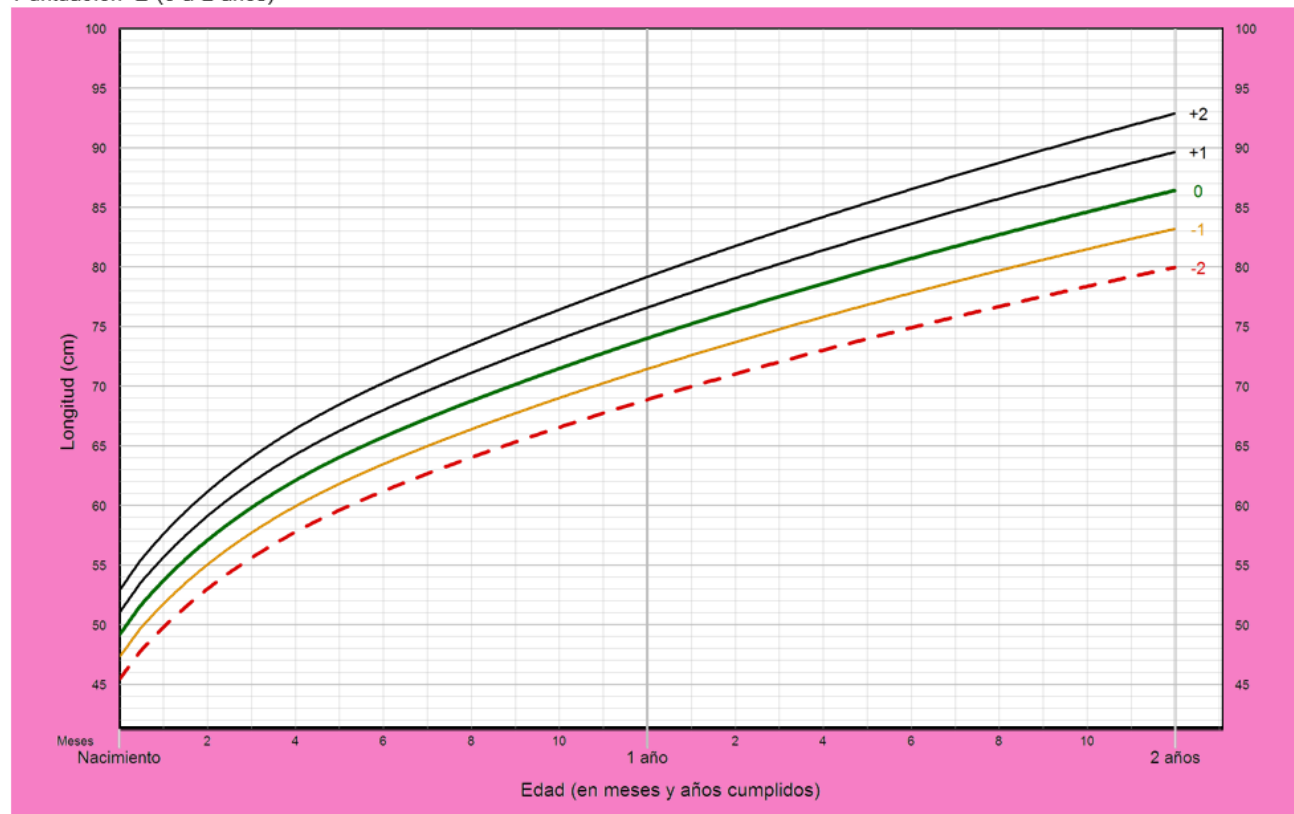
Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS  Organización
Mundial de la Salud



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



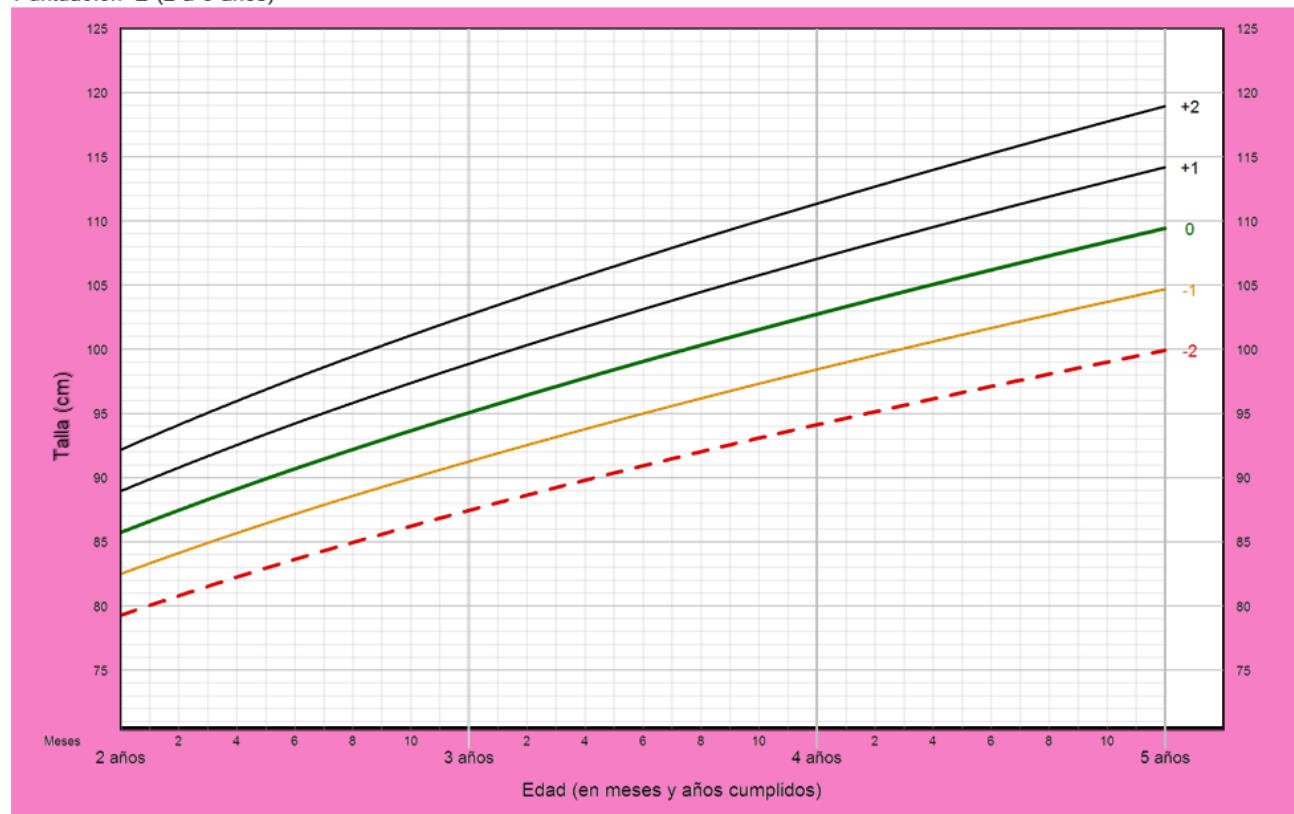
Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS  Organización
Mundial de la Salud



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS  Organización
Mundial de la Salud

