



MINISTERIO DE SALUD

Normativa No. 146

Manual de Procedimientos para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia 0 a 5 años (AIEPI) Atención Primaria

Nicaragua, 2018



MINISTERIO DE SALUD

Normativa No. 146

Manual de Procedimientos para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia 0 a 5 años (AIEPI) Atención Primaria

Nicaragua, 2018

Clasificación y Catalogación por la Biblioteca Nacional de Salud
Nicaragua, Ministerio de Salud, Dirección Específica de Atención Integral Mujer,
Niñez y Adolescencia.

Cuadros de Procedimientos de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes
de la Infancia (AIEPI), Nicaragua, 2015

1. ATENCION PRIMARIA DE SALUD
2. SALUD INFANTIL
3. ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD
4. CALIDAD DE LA ATENCION

(NLM: N WS 141)

Ministerio de Salud

Complejo “Concepción Palacios” Apartado Postal 107, Managua, Nicaragua

Primera Edición:	1998
Reimpresión:	1999
Reimpresión:	2000
Segunda Edición:	2002
Tercera Edición:	2008
Cuarta Edición	2009
Quinta Edición	2018

La publicación Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, fue elaborada por la OPS/OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. La Versión en español fue traducida con el apoyo financiero de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) y el Proyecto BASICS. Los Cuadros de Procedimientos sobre la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) adaptados para Nicaragua, fueron elaborados a partir de las recomendaciones del “Taller Nacional de Adaptación”, realizado en Managua, Nicaragua del 18 al 22 de agosto de 1997. El presente documento se enmarca en el contexto de la Política Nacional de la Primera Infancia, 2010, revisión y edición 2015.

N Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad
WS Nacional. Ministerio de Salud. Normativa –
141 146: Procedimientos atención integrada a las
0080 enfermedades prevalentes de la infancia 0 a 5 años
2018 (AIEPI) atención primaria. 5 ed. Managua 2018
 MINSA. Pag. 104, ilus, tab, graf

- 1.- Evaluación y clasificación a niñas y niños de 0 a 2 meses
- 2.- Atención Integral del niño(a)
- 3.- Atención Integral a la madre
- 4.- Evaluar y clasificar el riesgo preconcepcional a la mujer en edad fértil
- 5.- Evaluar, clasificar y tratar el riesgo durante la gestación y el parto que puedan afectar al feto
- 6.- Evaluación del riesgo del recién nacido
- 7.- Enfermedad por infección del virus del Zika
- 8.- Promoción del crecimiento y abordaje de problemas nutricionales
- 9.- Vigilancia del desarrollo Infantil
- 10.- Derechos de los niños(as) a la salud
- 11.- Evaluar, clasificar trato, violencia sexual y dar tratamiento
- 12.- Manejo clínico de casos sospechosos de dengue

Ficha catalografica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

Indice

Evaluar, Clasificar a Niños y Niñas de 0 a 2 Meses de Edad

Evaluar y clasificar el riesgo preconcepcional.....	8
Evaluar y clasificar el riesgo durante la gestacion y el parto.....	9
que afectan el bienestar fetal	
Evaluar, clasificar y tratar a la embarazada durante el parto	10
Evaluar el riesgo del recién nacido.....	11
Evaluar, clasificar y determinar tratamiento en recién nacidos e hijos(as) de Madre con sospecha o confirmada de infección por el virus del Zika	12
Cuidados del recién nacido	13
Atencion inmediata y ayudando a los bebes a respirar (ABR).....	14
Atencion inmediata y reanimacion del recien nacido	15
Evaluar y clasificar enfermedad grave o posible infeccion local	16
Atención a diarrea y deshidratacion	17
Evaluar, clasificar y tratar alimentacion del menor de 2 meses de edad	18
Evaluar el desarrollo del niño y niña menor de 2 meses de edad.....	19
Evaluar, clasificar el trato y cuidado del niño(a) y determine tratamiento	20
Normas de estabilizacion antes y durante el traslado.....	21
Refiera urgente a la madre clasificada como embarazo de	22
alto riesgo pero antes trate segun patologia	
Tratar al menor de 2 meses y aconsejar a la madre o al acompañante	23
Tratar al menor de 2 meses y aconsejar a la madre o al acompañante	24
Tratar al niño o niña menor de 2 meses y aconsejar a la.....	25
madre o al acompañante	

Tratar al niño o niña menor de 2 meses y aconsejar a la.....	26
madre o al acompañante	
Proporcionar atencion de reevaluación y seguimiento al	27
menor de 2 meses	
Proporcionar atencion de reevaluación y seguimiento del	28
menor de 2 meses	
Ofrecer servicios de atencion y aconsejar a la madre sobre su.....	29
propia salud	
Atención de niños y niñas de 2 meses a 5 años de edad.....	31
Evaluar, clasificar y determinar el tratamiento del niño o niña	32
de 2 meses a 5 años.	
Evaluar, clasificar y tratar la diarrea y deshidratacion	33
Evaluar, clasificar y tratar la fiebre.....	34
Evalue, clasifique y determine tratamiento de la fiebre	35
Evaluar, clasificar y tratar problemas de oido y garganta.....	36
Evaluar, clasificar el crecimiento y dar tratamiento	37
Evaluar, clasificar el crecimiento, la anemia y dar tratamiento.....	38
Evaluar, clasificar el crecimiento y dar tratamiento	39
Evaluar, clasificar trato, violencia sexual y dar tratamiento.....	40
Tratamiento Administrar los tratamientos y seguir los	41
procedimientos indicados en el cuadro evaluar y clasificar	
Administrar los tratamientos que figuran a continuacion en.....	42
la unidad de salud	
Manejo clinico de casos sospechosos de dengue segun clasificación	43
Enseñar a la madre a administrar los medicamentos por via.....	44
oral en casa	

Enseñar a la madre a tratar las infecciones localizadas	45
Tratar al niño o niña para evitar la hipoglucemia.....	46
Proporcionar atención de reevaluación y seguimiento.....	49
Niño de 2 meses a 5 años	
Proporcionar atencion de reevaluacion y seguimiento. Niño	50
de 2 meses a 5 años	
Proporcionar atencion de reevaluacion y seguimiento.....	51
Recomendaciones para la alimentación del niño o niña	53
Aconsejar a la madre sobre problemas de alimentacion.....	54
Aconsejar a la madre sobre problemas frecuentes en la lactancia materna...	55
Investigando las causas de la desnutrición y aconsejando.....	56
Investigando las causas de sobrepeso y obesidad y	57
aconsejando	
Aconsejar a la madre sobre su propia salud	59
Anexos	61
Anexo 1. Patrones de crecimiento para niñas y niños.....	62
Perímetro cefálico para la edad (0-5 años)	
IMC para la edad (0-5 años)	
Longitud/estatura para la edad (0-5 años)	
Peso para la edad (0-5 años)	
Peso para la longitud (0-2 años)	
Peso para la estatura (2-5 años)	
Anexo 2. Indicadores de crecimiento menores de 5 años OMS	74
Interpretación	
Anexo 3. Cálculo del peso al nacer utilizando la medida del pie	75
Anexo 4. Curvas de crecimiento postnatal para niños(as)	76

	de 0 a 2 meses de edad	
Anexo 5.	Hoja de seguimiento a la atención integral a la niñez	78
Anexo 6.	Ayudando a los Bebés a Respirar (ABR) / Trace seis pasos	80
Anexo 7.	Procedimiento para reanimación cardiopulmonar / Determinar la edad gestacional por FUM y examen físico	81
Anexo 8.	Orientar a la madre y familia para que mantenga un estímulo constante del niño o niña	82
Anexo 9.	Evolución esquemática de las conductas del desarrollo hasta los 5 años.	83
Anexo 10.	Puntaje ampliado de Ballard para el cálculo de la edad gestacional	84
Anexo 11.	Tablas de conversión	85
Anexo 12.	Procedimiento para colocar sonda nasogástrica en niños y niñas menores de cuatro años	86
Anexo 13.	Incremento de peso durante el embarazo	87
Anexo 14.	Técnicas de mediciones de peso y talla	88
Bibliografía		91

Presentación

Tomando en cuenta que la Primera Infancia es un período muy importante y crucial en la vida de todo ser humano, por ser la etapa del ciclo de vida, en donde se establecen las bases del desarrollo de la persona, la conformación neurológica, cognoscitiva, estructura ósea, capacidades de aprendizaje, habilidades, y destrezas sensoriales, motrices, los sistemas inmunológicos, para evitar enfermedades, los procesos comunicacionales, afectivos, emocionales, se creó “La Política Nacional de Primera Infancia” como una nueva línea del Buen Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, donde se promueve la plena restitución de los derechos de niños y niñas menores de 6 años, en los que se destaca la salud; el derecho a este niño/a de ser protegido/a, atendido, cuidado, desde la concepción, que implica la atención integral a la madre desde la etapa preconcepcional, la gestación, el parto, y la atención integral de niñas y niños posterior al nacimiento durante todo su ciclo de vida.

Para lograr esta meta, se apunta armonizar y potencializar de forma unísona todos los programas sociales en función del Amor para los más chiquitos y chiquitas, brindándoles de forma integral la atención que requieren para crecer sanos y felices. La atención en salud juega un papel muy importante, donde la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en sus componentes clínico, hospitalario, comunitario y neonatal, son herramientas de atención para todos los niños y niñas menores de seis años en el sector salud con el cual se restituye el derecho a la salud.

Las metas establecidas en el Desarrollo de los Programas y Amor para los más Chiquitos y Chiquitas ha generado que en el manual AIEPI se incorporen nuevos contenidos como la enfermedad por infección del virus del Zika, la promoción del crecimiento y abordaje de problemas nutricionales, la vigilancia del desarrollo infantil, actualizaciones en el abordaje de enfermedades ya establecidas como las infecciones respiratorias, la fiebre, otros problemas de salud y la atención preconcepcional para el abordaje del riesgo según recomendaciones basadas en la evidencia.

Se utiliza en las filas de los cuadros los colores: Rojo que significa que el niño, o niña tiene un problema grave que requiere tratamiento urgente. Color amarillo, significa que tiene una clasificación moderada que requiere de tratamiento y seguimiento continuo y el color verde como clasificación que no se requiere de tratamiento como antibióticos, solamente de cuidados para la promoción de su salud, del desarrollo y su crecimiento.

El resultado de este proceso conjuga los aciertos de la atención integral promovidos por AIEPI, el cual está dividido en tres partes: abordaje de la madre desde la etapa preconcepcional, atención al niño de 0 a 2 meses de edad, y la atención del niño y niña de 2 meses a 5 años. Así mismo utiliza en los cuadros con filas de colores: Rojo, amarillo y verde, promover, prevenir riesgos y recuperar la salud de los niños y niñas nicaragüenses menores de seis años en todos los establecimientos de salud

Por lo tanto, esta herramienta tiene la finalidad de contribuir a la gestión de la salud de los niños y niñas, facilitando el abordaje de atención de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria, en el marco del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

¡Por el derecho a la salud de niñas y niños!

Derechos de los niños(as) a la Salud

Los derechos humanos son un conjunto de normas jurídicamente vinculantes acordadas a nivel internacional que deben reconocer a todas las personas, incluidos los niños(as). Se pueden entender como un estándar de dignidad e identidad humana enclavado en cada cultura, religión y tradición por todo el mundo.

Los derechos humanos proveen la base jurídica y ética para las actividades de desarrollo y están consagrados en tratados internacionales a los que se han adherido la mayoría de los países. Por lo tanto, representan un marco y un programa de acción legítima para la mutua responsabilidad y para el diálogo entre los asociados internacionales acerca del desarrollo y la sociedad civil.

Los niños(as) de la Región de las Américas son su principal recurso y el reconocimiento y la protección de sus necesidades específicas y derechos humanos son esenciales para un desarrollo efectivo. La Región ha avanzado enormemente en la reducción de la mortalidad y la morbilidad en la niñez, el empleo de intervenciones basadas evidencias y tecnologías nuevas. La infancia es una oportunidad única en la vida. Los niños(as) son más que el “futuro del país” o la próxima generación de trabajadores que impulsará el crecimiento económico y el desarrollo social del país. Son seres humanos con derechos y necesidades, que varían según su edad y su estado de desarrollo físico, neurológico, intelectual y social. El enfoque del ciclo de vida es reconocer las diferentes etapas de la infancia y determinar las necesidades y problemas esenciales por el estado de desarrollo del niño(a).

El acceso a los servicios de cuidado de la salud es vital, pero también es importante considerar la forma en que se prestan estos servicios para que cada niño(a), sin excepción, goce del derecho a la salud. Esto significa solucionar no solo el problema del acceso físico, sino también el de la calidad y economía del servicio. Significa que los proveedores deben tratar a todas las personas con respeto, y puede significar que el servicio debe estar disponible en los idiomas locales y tener en cuenta las costumbres y tradiciones locales. En Nicaragua, la

Política Nacional de Primera Infancia ha sido construida desde el protagonismo de las familias nicaragüenses y el acompañamiento de sus instituciones de Gobierno para seguir profundizando unidas y unidos por el Bien Común, la plena restitución de todos los derechos de los más chiquitos y chiquitas reconocidos en nuestras leyes, en las normas internacionales sobre Derechos Humanos y en el Plan Nacional de Desarrollo Humano del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. (GRUN).

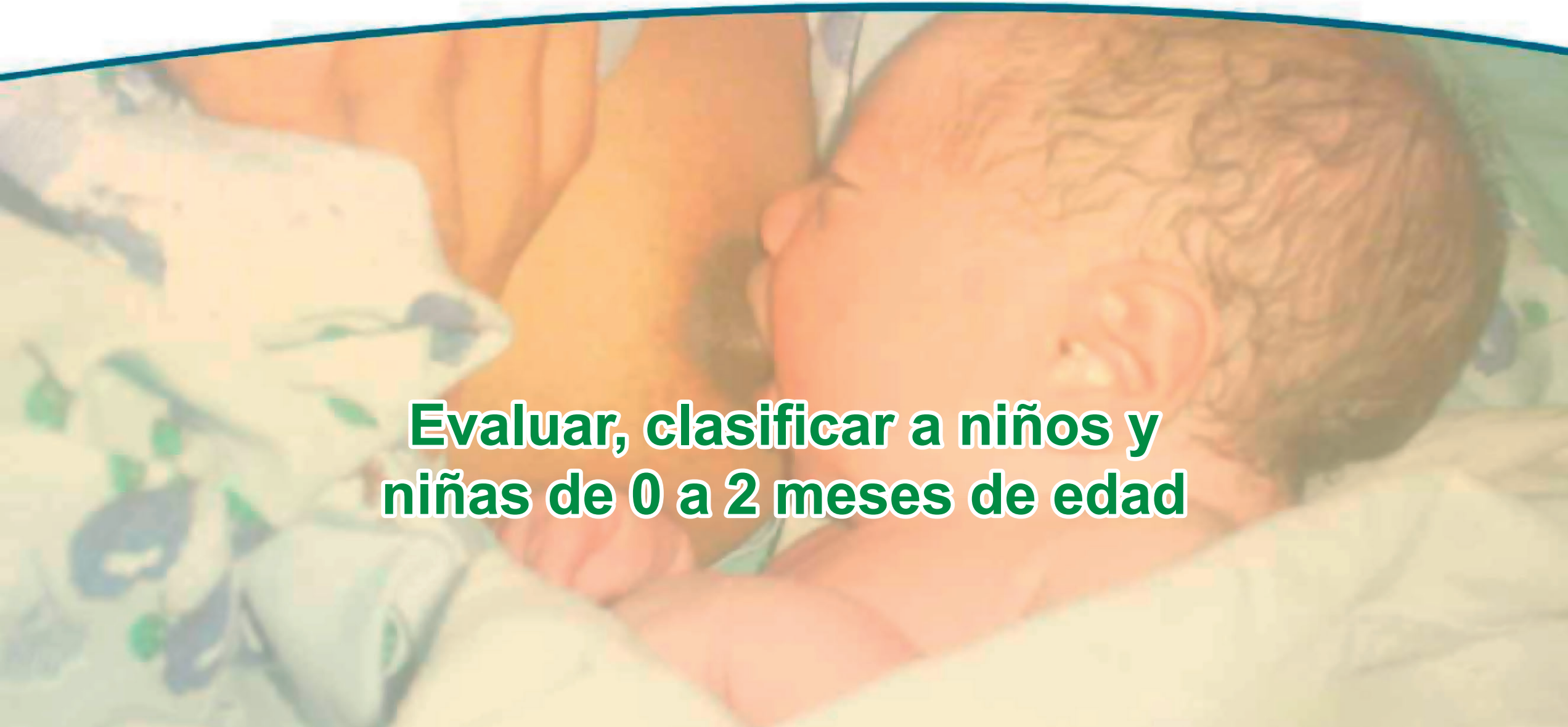
El Código de la Niñez y la Adolescencia de la República de Nicaragua establece que los niños, niñas y adolescentes son sujetos sociales de derechos, con capacidades y habilidades reconocidas legalmente y con libertad de ejercer y exigir el cumplimiento de sus derechos, de participar activamente, opinar, manifestar su pensamiento y desacuerdo en la construcción de agendas y planes que les afecten, desde su escuela, comunidad, municipio y a nivel nacional. Para ello se deben asegurar, en todos los ámbitos, programas que vayan en beneficio de su desarrollo integral, y entre ellos, el cuidado de su salud integral (salud en el aspecto físico, mental y social). La niñez es nuestra prioridad, nuestro presente y futuro, por eso vamos a continuar forjando valores humanísticos e invirtiendo recursos de todo tipo para garantizar a madres embarazadas, lactantes, sus hijas e hijos una vida digna, salud, educación, seguridad alimentaria, recreación; una familia con entorno seguro y condiciones propicias para su desarrollo y bienestar.

La salud de niñas y niños debe ser protegida desde la concepción, que implica la atención integral a la madre desde la etapa preconcepcional, la gestación y el parto, y la atención integral a niñas y niños durante los primeros años de vida, con énfasis especial, en el primero.

Es por estas razones, que el GRUN de manera progresiva ha dirigido estrategias para ampliar la cobertura de la atención prenatal y parto seguro, con la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, la construcción de nuevas casas maternas, ampliación y mejoramiento de la red de servicios con instalaciones sanitarias mas adecuadas y equipadas, acciones que han impactado positivamente en la reducción de la morbimortalidad materna y de la niñez.

Manual de procedimientos

Evaluar, clasificar a niños y niñas de 0 a 2 meses de edad



EVALUAR Y CLASIFICAR EL RIESGO PRECONCEPCIONAL EN TODA MUJER EN EDAD FERTIL (MEF)

En toda mujer con posibilidad de embarazarse	
Pregunte: ¿Qué edad tiene? ¿Tiene pareja estable? ¿Tiene relaciones sexuales? - Indague compañeros sexuales? ¿Utiliza preservativos? ¿Utiliza método de planificación familiar? ¿Toma alcohol, fuma, consume drogas? ¿Ha tenido contacto con insecticidas y químicos? - Si ha tenido embarazos previos, investigue: Fecha de Último Parto o Aborto, antecedentes de muertes perinatales; Peso al nacer del último hijo (< 2,500g. o mayor 4,500 g.) hijos pretérminos, antecedentes de 3 o más abortos espontáneos o malformaciones congénitas. ¿Estuvo internada por hipertensión arterial o pre eclampsia / eclampsia en el último embarazo? ¿Padece de alguna enfermedad crónica? (Diabetes, HTA, Cardiopatías, Enfermedad Tiroidea, Asma, Convulsiones, Nefropatías, Otras). ¿Ha sufrido algún tipo de violencia? ¿Cuál es su ocupación? - Si, trabaja, ¿Cuál es su tipo de trabajo?, - Ha tenido algún síntoma: ¿fiebre, exantema, conjuntivitis (Tamizaje Zika) o su pareja? Nota: No olvide ofertar prueba de VIH previo consentimiento informado.	Determine y evalúe: - Peso, talla e IMC - Hb - Pruebas de ITS, incluido VIH previo consentimiento informado. - Flujo vaginal - Palidez palmar - Cavidad oral (dolor, sangrado, inflamación, halitosis, caries) - Esquema de vacunación. Nota: Toda mujer que acude para atención debe registrarse en su expediente signos vitales: Presión arterial, Temperatura, Frecuencia cardíaca y Respiratoria.



Evaluar	Clasificar	Determinar tratamiento
Uno de los siguientes: - Edad 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.	MEF con alto riesgo reproductivo y necesidad de tratamiento urgente antes de un embarazo.	Consejería en: - Planificación familiar, riesgos, prevención de ITS, incluido Zika, VIH y la importancia de atender su salud antes de un embarazo. - Habitos de alimentación y estilos de vida saludables. - Tratar el problema si es posible o trasladar si es necesario - Controlar enfermedad previa - Estudiar y tratar anemia con hierro. - Antecedente malformación tubo neural: ácido fólico 4 - 5 mg VO/día x 3 meses previo al embarazo. - Antecedente otras malformaciones consejería genética - Desparasitar con albendazol. - VDRL reactivo: administrar P Benzatínica 2.400.000 U - VIH positivo atención y/o referencia según protocolo VIH. - Consejería en higiene oral y personal. - Manejo y consejería: drogadicción, alcoholismo y tabaquismo - Signos de violencia: activar la red de prevención y atención. - Dar seguimiento según normas y protocolo.
Uno de los siguientes: - Edad 35 años o más - IMC entre 25 y 29.9. - Hb entre 7 y 12 g/dl, palidez palmar - Enfermedad previa controlada - Problemas de salud bucal - Expuesta a químicos e insecticidas - Muerte perinatal, peso bajo al nacer, prematuros, abortos previos, malformaciones - Parejas sexuales múltiples - No planificación familiar - ITS con tratamiento	MEF con Factores de riesgo que requiere atención antes del embarazo.	Consejería en: - Planificación familiar, Prevención de VIH, e infecciones de transmisión sexual incluido Zika e importancia de uso del preservativo. - Hábitos de Alimentación – nutrición y estilos de vida saludables e higiene personal y bucal. - Administrar hierro para la anemia. - Ácido fólico 1,0 mg. VO/día x 3 meses antes de embarazo para prevenir MFC del tubo neural. - Desparasitar con Albendazol - Referencia para Profilaxis y tratamiento bucal - Consejería en prevención cáncer de seno y útero (vacuna VPH). - Dar seguimiento según normas y protocolo.
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 negativo. - Prácticas de alimentación y estilos de vida saludable. - Ningún criterio para clasificarse en las anteriores.	MEF en condición para un posible embarazo	Consejería en: - Acido fólico 1 mg/día VO x 3 meses antes de embarazo y albendazol según normas. - Planificación familiar, prevención de ITS, incluido VIH y Prevención de Zika y Signos de peligro. Refuerce estilos de vida y hábitos alimentarios saludables. - Prevención ante exposición a tóxicos, drogas e infecciones. - Prevención de cáncer de seno y útero (vacuna VPH). Dar seguimiento según normas.

EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR EL RIESGO DURANTE LA GESTACION Y EL PARTO QUE PUEDEN AFECTAR EL BIENESTAR FETAL

Pregunte	Determine	Evaluar	Clasificar	Determinar tratamiento
¿Qué edad tiene? ¿Fecha de última menstruación? ¿Atención prenatal, Cuántas? ¿Fecha de último parto? ¿Los partos han sido vaginal o cesárea? ¿Cuántos embarazos? ¿Ha tenido hijos pretérminos o con peso bajo, o mayor de 4500g? ¿Hijos con malformación ¿Ha muerto algún hijo antes de nacer o en la primera semana de vida? ¿Percibe movimientos fetales? ¿Ha tenido fiebre, exantema o conjuntivitis? ¿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? - Indague signos de Violencia. - Indague compañeros sexuales y uso del preservativo. Nota: No olvide ofertar la prueba de VIH previo consentimiento	- Fecha probable de parto - Edad gestacional. - Peso, talla e IMC - Altura uterina - Embarazo múltiple - Presentación anormal - Presión arterial - Palidez palmar intensa - Edema en manos, cara y/o piernas - 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). Evalúe exámenes laboratorio: - Hemoglobina, Hto, toxoplasma, hepatitis B, C, Citomegalovirus - Tamizaje de Sífilis, VIH al primer contacto y antes del parto. - Grupo sanguíneo, Rh y Combos. - Glucemia - Examen General de Orina y urocultivo - Ecografía obstétrica según norma. RECUERDE: Registrar y evaluar signos vitales en cada APN: Presión arterial, temperatura, Frecuencia cardíaca y respiratoria.	Uno de los siguientes signos: - Embarazo mayor de 41 semanas - Disminución o ausencia de movimientos fetales. - Enfermedad sistémica severa - Infección urinaria con fiebre - Diabetes no controlada - Hipertensión no controlada, convulsiones, visión borrosa, pérdida de la conciencia o cefalea intensa. (Eclampsia) - Palidez palmar severa y/o Hb <7 g/dl - Edema en cara, manos y piernas - RPM antes de las 37 semanas Uno de los siguientes signos: - Edad: menor de 20, o mayor de 35 años - Primigesta o gran multipara - Período intergenésico menor de 2 años - Sin atención prenatal - Altura uterina no correlaciona con la edad gestacional. - Antecedentes de hijos pretérminos, peso bajo o mayor de 4250g, o hijos con malformaciones congénitas, muerte fetal o neonatal, o aborto habitual. - Enfermedad sistémica controlada - Infección urinaria sin fiebre - Diabetes controlada - Hipertensión controlada - Palidez palmar y/o Hb >7 y <11 g/dl - Flujo vaginal persistente. - Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción - Antecedentes o signos actuales de violencia - Ingesta de drogas teratogénicas - Ganancia inadecuada de peso - IMC <20 ó >30 - Presentación del producto fetal anormal - Gestación múltiple - Madre Rh negativa - Prueba de VDRL reactivo, o VIH ó hepatitis B, o de otra infección positivo. - Problemas bucales o periodontales - Sin inmunización con toxoide tetánico Ningun signo para las Clasificaciones anteriores. - Habitos alimentarios y estilos de vida saludables. - Buenas prácticas de cuido en su embarazo	Embarazo con riesgo inminente Embarazo de alto riesgo Embarazo de bajo riesgo	- Administrar tratamiento urgente para estabilizar según normativa 109 - Ingresar para vigilancia o Referir URGENTE - Verificar insumos necesarios para el traslado. - Vigile condición hemodinámica, respiratoria y neurológica durante el traslado. - Tratar hipertensión y/o preeclampsia, la Diabetes, y la IVU según. Normativa 109 y/o Normativa 077 - RPM: primera dosis de eritromicina VO 250 mg y ampicilina. Pág.21 - Fiebre. Trate según Guía para manejo de febriles. Normativa -073 - Referir para consulta especializada. - Embarazo múltiple: Referir antes de las 30 SG - VDRL o prueba no treponémica positiva: Aplicar P. Benzatínica. Pág.21 - VIH positivo, atención según protocolo y referir a especialista. - Recomendar a la madre que continúe tratamiento instituido para sus enfermedades ya conocidas. - Administrar hierro, ácido fólico y multivitaminas - Antecedente de hipertensión administrar suplemento de calcio y aspirina 100 mg/día - Aplicar vacuna antitetánica - Albendazol en el segundo y tercer trimestre. - Realizar seguimiento según protocolo y norma. Consejería: - Hábitos alimentarios, cuidados del embarazo, lactancia materna, estimulación prenatal, Planificación familiar. - Prevención de ITS, VIH y Zika e importancia del preservativo. - Signos de peligro para ACUDIR de inmediato. - Referir a odontología y consejería sobre higiene bucal - Planificar con la familia referencia antes del parto. - Dar seguimiento según norma. - Planificar con la familia la referencia antes del parto. - Seguimiento hasta concluir la gestación según Norma 011 - Administrar hierro, ácido fólico y multivitaminas - Albendazol en segundo y tercer trimestre de gestación. - Verifique esquema de vacuna antitetánica - Consejería en: Prácticas saludables y cuidados del embarazo, lactancia, puerperio y del recién nacido, prevención de VIH, ITS y Prevención de Zika. - Signos de peligro para ACUDIR de inmediato - Salud bucal y referir a odontología.

EVALUAR, CLASIFICAR Y DETERMINAR TRATAMIENTO A LA EMBARAZADA DURANTE EL PARTO

Investigue factores o condiciones de riesgo		Evaluar	Clasificar	Determinar tratamiento
Pregunte: - Fecha de última Menstruación? - Contracciones? - Hemorragia transvaginal? ¿Le ha salido líquido por la vagina? ¿De que color? ¿De que color? - Cefalea? - Zumbido de oídos? - Ha mirado chispitas o visión borrosa? - Ha tenido convulsiones? ¿Historia de fiebre, o exantema, o conjuntivitis? - Percibe movimientos fetales; menos de lo normal o el bebe ha dejado de moverse? - Infecciones de vías urinarias en el embarazo? Qué tratamiento ha tomado?	Determine y evalúe - Presión arterial - Temperatura - Actividad uterina en 10 minutos - Frecuencia cardíaca fetal - Movimientos fetales - Dilatación cervical y presentación fetal - Edema en cara, manos y piernas. - Observe y Verifique hemorragia transvaginal. Infecciones vaginales - Ruptura prematura de membrana y confirme cuantas horas. IMC.	Uno de los siguientes signos: - Trabajo de parto menor de 37 semanas - Hemorragia vaginal - Ruptura prematura de membranas > 12 hs - Fiebre o taquicardia materna - Hipertensión no controlada o convulsiones, visión borrosa, o alteración de la conciencia o cefalea intensa - Disminución o ausencia de movimientos fetales - Cambios en Frecuencia cardíaca fetal <120 ó >160 lpm - Presentación fetal anormal - Edema en cara, manos y piernas. - Obesidad mórbida. - Actividad uterina inadecuada, o problemas durante el trabajo de parto.	Parto con riesgo inminente	- Evalúe necesidad de tratamiento urgente y/o refiera para atención multidisciplinaria. - Active y asegure medidas para estabilización y reevalúe signos vitales según se requiera. Normativa 109 - Prevenir hipotensión: hidratación y evalúe diuresis - Tratar hipertensión. Normativa 109 y 077 - En Trabajo de parto pretérmino: Nifedipina y aplicar corticoide. Dexametasona 6mg IM STAT y C/12 h. Pág. 21 - RPM: Aplicar primera dosis de antibiótico. Pág.21 - RPM con 37 SG. Dar Eritromicina 250 mg VO. - Si es posible, administre oxígeno.
		Uno de los siguientes signos: - Madre Rh negativa - VDRL, test de VIH o hepatitis B positivos o resultados desconocidos. - Tamizaje para Zika con sospecha o confirmada, u otra infección perinatal: entre ellas TORCH - Anemia, o Desnutrición severa, u Obesidad	Parto de alto riesgo	- Referir para atención del parto - VDRL/RPR reactivo: Aplicar P. Benzatínica - Si no hay prueba VIH realice prueba rápida inmediata - Si la prueba VIH es positiva: siga protocolo VIH de atención de parto y recién nacido. No inicie lactancia materna, recomiende alimentación alternativa. Ver protocolo VIH. - Tratar si es posible Infección perinatal - Consejería en cuidados en el hogar y signos de peligro para ACUDIR de inmediato.
		- Ninguno de los signos, o criterios de las clasificaciones anteriores. - Estado nutricional normal. - Actividad uterina normal. - Evolución normal de la embarazada	Parto de bajo riesgo	- Recomiende libre deambulación durante el trabajo de parto e hidratación oral - Atienda parto normal, alumbramiento activo y pinzamiento del cordón al dejar de pulsar(1 a 3 minutos) y apego precoz - Consejería sobre: - Cuidados del puerperio, planificación familiar y lactancia materna. - Signos de peligro de la madre y del recién nacido. - Seguimiento en los primeros 3 a 7 días pos parto.

EVALUAR EL RIESGO DEL RECIEN NACIDO

Detección de Factores de Riesgo

Pregunte:	Observe
Si la madre ¿Gestación a término? ¿El líquido amniótico es claro? ¿Ruptura prematura de membranas? ¿hace cuánto tiempo? ¿Ha tenido o tiene fiebre? - Si es Sí ¿hace cuánto tiempo? - Patologías en el embarazo. ¿Madre VIH positiva o con prueba indeterminada, o presenta *criterios clínicos? ¿Necesitó reanimación el recién nacido?	- El color. - La respiración. - El llanto. - Vitalidad. - Anomalías congénitas. - Lesiones severas durante el parto: Céfalohematoma, Caput succedaneum, lesiones de cara y cabeza, fracturas de cráneo, clavícula, fémur, tibia, luxación de hombro, abrasiones, etc. Determine - Peso y edad gestacional. - Perímetro Cefálico - Temperatura rectal. - Talla. - Tamizaje TSH

CLASIFICAR

* Criterios para VIH: pérdida significativa de peso, fiebre de origen desconocido, diarrea prolongada, tuberculosis diagnosticada.

- Los niños o niñas pre términos o peso bajo al nacer, deben recibir hierro en dosis preventivas al cumplir los 28 días.
- A todo recién nacido se debe dar una cita de seguimiento a los 3 días para su evaluación o durante la primera semana de vida.

EVALUAR OTROS PROBLEMAS
(Ej.: Anomalías congénitas, trauma al nacer, lesiones cutáneas u otros que la madre refiera)

Evaluar	Clasificar	Determinar tratamiento
Uno de los siguientes signos: - Peso al nacer < 2,000g ó > 4250 g. - Edad gestacional < 35 semanas. - Pequeño para edad gestacional. - Temperatura rectal < 36 o > 37. 5° C. - Dificultad respiratoria. - Fiebre materna o corioamnionitis. - RPM mayor o igual a 18 horas. - Palidez o rubicundez. - Anomalías congénitas mayores. - Lesiones severas debidas al parto. - Reanimación con bolsa y máscara o masaje cardíaco.	Recien nacido de alto riesgo	- Referir URGENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte con su madre siempre que sea posible. Pág.20 - Colocarlo en contacto piel a piel con la madre - Si es posible iniciar lactancia materna en la primera hora pos parto (calostro). - Mantener al recién nacido abrigado. - Si RPM o corioamnionitis > o = 18 horas dar la primera dosis de antibióticos recomendados Pág. 21) - Verificar cumplimiento de cuidados (Pág. 12). - Vigilar signos de peligro y condición durante el traslado y del plan de tratamiento.
Peso al nacer entre 2,000 y 2,499 g. - Perímetro cefálico por debajo de -2 DE o por arriba de 2 desviaciones estándar o alteraciones fenotípicas. - Edad gestacional entre 35 y 37 sem. - Procedimiento de reanimación sin ambú y sin masaje cardíaco. - Edad gestacional de 42 semanas de gestación ó más. - RPM menor de 18 horas. - Madre VIH positiva, o prueba indeterminada, o sospecha clínica. - Patología materna	Recien nacido de mediano riesgo	- REFERIR a consulta médica especializada - Colocarlo contacto piel a piel con su madre. - Iniciar lactancia materna (calostro). Si madre es VIH+, no se recomienda lactancia. Ver protocolo VIH - Aconsejar a la madre que debe mantener al recién nacido abrigado para evitar la hipotermia. - Verificar cumplimiento de cuidados inmediatos - Enseñar a la madre signos de peligro (Pág 25) - Consulta de seguimiento en 3 días. - Si es pretérmino o PBN dar hierro al cumplir los 28 día (Pág 22). - En madre VIH positiva administrar vitamina K después de un gentil baño (con agua tibia y secado inmediato). - No aplicar BCG en hijos de madre VIH positivo, hasta la recomendación del especialista en el seguimiento.
- Vigoroso. - Rosado. - Llanto fuerte. - Respiración normal. - Activo. - Peso entre 2500 g y 4000 g. - Edad gestacional > 37 y < 42 semanas.	Recien nacido de bajo riesgo	- Verificar cumplimiento cuidados de rutina (Pág 12) - Colocarlo contacto piel a piel con la madre. - Mantener al recién nacido abrigado para evitar la hipotermia. - Iniciar lactancia materna en la primera hora posparto - Consejería en cuidados del recién nacido en casa - Orientar a la madre sobre los signos de peligro. Signos de peligro y seguimiento en 3 días.

EVALUAR, CLASIFICAR Y DETERMINAR TRATAMIENTO EN RECIÉN NACIDOS E HIJOS(AS) DE MADRE CON SOSPECHA O CONFIRMADA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL ZIKA

Preguntar: ¿Presentó la madre fiebre, rash, conjuntivitis no purulenta en el embarazo? ¿En qué mes del embarazo? ¿La gestación fue de término? ¿Presentó algún problema durante o después del nacimiento? ¿Usted y el papa del niño son parientes? ¿Existe alguna persona con un problema mental o malformación física en la familia? ¿Quién cuida al bebe? ¿Como ve usted el desarrollo de su niño? ¿Tienen animales en su casa? Verifique - En la HPC materna test de infecciones perinatales. - Factores de riesgo (alcohol, fumado, drogas) - APGAR, peso al nacer, Talla, Perímetro cefálico y edad gestacional. - Alteraciones del neuro desarrollo.	Observe: - Alteraciones fenotípicas (forma y tamaño de la cabeza, implantación baja de orejas, cuero cabelludo redundante, micrognatia, hendidura labial, fisura palatina, ojos separados o unidos, etc). - Contacto visual de la madre con su hijo y verbal de forma afectuosa. Evalúe: Perímetro cefálico Reflejos y/o conductas Menor de 1 mes - Reflejo de moro. - Reflejo cóclea- palpebral. - Reflejo de succión, deglución, prensión, búsqueda. - Ausencia de reflejo rojo. - Manos y piernas flexionadas. - Seguimiento visual. - Manos cerradas. Un mes - Vocaliza - Sonrisa social. - Abre las manos. - Movimientos de piernas alternando.
---	--

Evaluar	Clasificar	Determine tratamiento
Uno de los siguientes signos: - Ausencia uno o más reflejos. - Alteraciones de postura 3 o más alteraciones fenotípicas. - RN pretérmino con perímetro cefálico por debajo de -2 DE(Intergrowth 21) o RN de término con PC - 2DE (Estándares OMS). - Perímetro cefálico por arriba de +2DE.	Probable trastorno del desarrollo con Microcefalia. o con macrocefalia., o sin alteraciones del perímetro cefálico (Síndrome Congénito asociado a Zika probable)	- Si tiene otra clasificación grave referir urgente al hospital previa estabilización. Pág.20 - Refiera, a unidad de mayor resolución para evaluación especializada y estudio. RT- PCR para zika, en las primeras 48h, toxotest, CMV, Rubeola, RPR, VIH, Ag superficie B y C. - Inicie lactancia materna si es posible desde la primera hora pos nacimiento. - Valoración oftalmológica, auditiva y neurológica - Exámenes de rutina según Normativa para SCZ. - Realice notificación obligatoria según normativa - Informe a Vigilancia epidemiológica. Y de seguimiento de su atención multidisciplinaria. - Apoyo psicosocial a la madre y a la familia.
- Todos los reflejos/posturas/ hitos o del desarrollo para su grupo edad están presentes. y no tiene alteraciones del perímetro cefálico. - Hay uno o más factores de riesgo	Desarrollo normal con factores de riesgo	- Evaluación Neurológica por pediatría. - Consejería a la madre sobre cuido con amor o afectivo y de estimulación temprana. - Lactancia materna exclusiva desde la primera hora pos nacimiento. - Enseñe signos de alerta para regresar de inmediato. - De cita de seguimiento según VPCD /AIEPI. - Administre vacunas según esquema nacional. - Seguimiento a los 3 días y luego al mes o según normas de VPCD
- Todos los Reflejos/ postura/ hitos presentes o adecuados para su grupo de edad. - Sin alteraciones fenotípicas - Sin alteraciones del perímetro cefálico - Relación madre- hijo muy afectuosa	Desarrollo normal o adecuado	- Felicitar a la madre. - Consejería a la madre para continuar estimulando el desarrollo. - Seguimiento, en 3 días pos nacimiento para vigilar problemas del RN y luego a VPCD según normativas. - Enseñe signos de peligro o alerta para su regreso inmediato.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO		
Cuidados de rutina	Cuidados de observación	Cuidados pos reanimación
Recien nacidos a término, vigorosos, sin factores de riesgo y líquido amniótico claro. No necesitan ser separados de su madre después del nacimiento con la intención de recibir los equivalentes pasos iniciales de la reanimación. - Determine APGAR al primer y a los 5 minutos. - Mantenga al recién nacido calientito en contacto piel a piel con la madre y continúe cuidados de rutina. - Vigile hipo e hipertermia. (Temperatura 36.5°C y 37.4°C) - Verifique que el cordón umbilical este bien ligado y limpie con solución antiséptica clorhexidina al 4%, o alcohol al 80%. NO DEBE USAR YODOPOVIDONA* - Profilaxis de la conjuntivitis neonatal con oxitetraciclina oftálmica. - Profilaxis de Enfermedad Hemorrágica del Recién Nacido (EHRN) Administre 1 mg de Vitamina K intramuscular, muslo izquierdo. - Somatometria: Peso, talla. Perímetro cefálico. - Coloque un gorrito tibio. - Identificación adecuada del recién nacido. - Pruebas de tamizaje disponibles. - Apego precoz: contacto piel-piel y lactancia desde la primera media hora postnacimiento. Apoye a la madre y RN. - Vigile signos vitales, condición clínica y derive para Alojamiento conjunto. Vigile; succión, deglución y agarre. - De consejería sobre cuidados y signos de peligro.	Recien nacidos con factores de riesgo prenatales o intraparto que no requirió medidas de reanimación. Continuar con los cuidados de rutina establecidos. Estos bebés corren el riesgo de desarrollar problemas asociados con el compromiso perinatal por lo que deben ser evaluados frecuentemente en el período neonatal inmediato - Apego precoz: contacto piel-piel y lactancia desde primera media hora postnacimiento, si no es posible colocar en cuna de calor radiante o incubadora. - Signos Vitales cada hora hasta estabilizar. - Vigilar por hipo o hipertermia. (T° 36.5°C -37.4°C) - Vigilar la respiración. (FR 40- 60 rpm). - Vigilar frecuencia cardíaca. (FC=120-160 lpm) - Si es posible glucemia con cinta. - Otros exámenes se realizarán según riesgo al nacer - Permita a los padres ver, tocar y sostener a su hijo dependiendo de la estabilidad clínica. - Vigile; succión, deglución y agarre. También micción y expulsión de meconio. - De consejería sobre cuidados y signos de peligro. - Valore traslado según evolución, a unidad de salud de mayor resolución. - Observe por 24 - 48 horas. - Posterior al alta dar cita de seguimiento en dos o tres días posterior al alta.	Recien nacidos que requirieron ventilación a presión positiva o reanimación neonatal avanzada que tienen alto riesgo de deteriorarse y desarrollar complicaciones de una transición anormal. - Colocar en cuna de calor radiante o incubadora. Referir a unidad de salud de más resolución o a UCI Neonatal. - Signos vitales cada media hora, hasta estabilizar. - Si es posible canalizar vía periférica o catéter umbilical y administrar líquidos intravenosos. - Mantenga ventilación y oxigenación adecuada. - Monitorear apnea o dificultad respiratoria. - Valore alimentación y/o retrasar alimentación por 24 horas en asfixia leve-moderada y por 72 horas en asfixia severa o si presenta dificultad respiratoria - Si es posible monitorear glucosa y electrolitos. - Vigilar hipotermia o hipertermia. (T°36.5°C-37.4°C) - Radiografía si hay dificultad respiratoria. - Vigilar diuresis, y balance hídrico. - Valorar otros procedimientos, exámenes, medicamentos según clasificación, patología y evolución y disponibilidad de insumos. - Permitir la presencia o visita de los padres e informar sobre la condición clínica del neonato. <i>Nota: Dar seguimiento en 3 días posterior al alta. Si es de una zona de difícil acceso mantener en casa materna para la valoración del recién nacido. Dar consejería sobre signos de peligro para su regreso inmediato.</i>

Criterios de alta: 1. Alimentación oral o succión vigorosa. 2. Sin dificultad respiratoria. Signos vitales en parámetros normales. 3. Micción y defecación al menos 1 vez previo al alta. Estancia no menor de 24 horas para vigilar signos de enfermedad- Verificar vacunación con BCG (No aplicar si el peso es menor a 2,000 g). 4. **No dar lactancia materna a los Rn hijos de madre VIH (+)**

ATENCIÓN INMEDIATA Y AYUDANDO A LOS BEBES A RESPIRAR (ABR)

Evaluar Necesidad de reanimación al nacer

Pregunte:

- ¿La gestación es a término?
- Respira o llora

Observe

- Llora o no llora?
- Respira?

Determine

- Evaluar Respiración
- Frecuencia Cardíaca

Evaluar	Clasificar	Determinar tratamiento
Líquido amniótico con meconio y uno de los siguientes signos: - No llora - No respira bien (apnea o jadeo)	Recien nacido con necesidad urgente de reanimación	- Despeje las vías aéreas si es necesario - Seque completamente y retire el paño húmedo - Estimule la respiración - Corte cordón umbilical antes del minuto (30 seg) Evalúe si no respira ventilacion con presion positiva bolsa y máscara - reevalúe a los 60 segundos de nacido El minuto De oro
Líquido amniótico claro y uno de los siguientes signos: - No llora - No respira bien (apnea o jadeo)	Recien nacido con necesidad urgente de ayuda para respirar	- Seque completamente y retire el paño húmedo - Despeje vías aéreas si es necesario - Estimule la respiración - corte cordon umbilical antes del minuto - Inicie ventilación con presion positiva bolsa y máscara - Reevalue a los 60 segundos de nacido El Minuto de Oro
- Líquido amniótico claro - Respira o llora	Recien nacido sin necesidad de ayuda para respirar	- Coloque en el abdomen de la madre. - Seque completamente y aspire si es necesario. - Manténgalo caliente (contacto piel-piel). - Pince cordón umbilical de 1 a 3 minutos o hasta que deje de pulsar. - Inicie lactancia en la primera medía hora postnacimiento - Brindar cuidados de rutina

Reevalúe; considere reanimacion avanzada y refiera a unidad de salud de mayor resolución

Preparar Antes

- Mesa de reanimación, fuente de calor o, cuna de calor radiante.
- Oxígeno, ambú, mascarilla almohadillada, puntas nasales
- Paños o toallas tibias.
- Sonda orogástrica.
- Medicamentos.
- Reloj con segundero.
- Tener completo el equipo para la reanimación neonatal.Personal con las competencias para la reanimación

***Técnica para mejorar la ventilación VPP: MRSOPA**

- Asegure que la máscara tenga un buen sello.
- Recoloque en posición adecuada la cabeza.
- Verifique si hay secreciones y aspire si es necesario.
- Verifique que la boca del RN ligeramente abierta y levante la mandíbula hacia adelante.
- Aumente gradualmente la presión hasta que haya sonidos bilaterales y movimientos del tórax visible.
- Alterne otra vía: Continúe VPP y refiera para reanimación avanzada.

ATENCIÓN INMEDIATA Y REANIMACIÓN DEL RECIEN NACIDO

Evaluar Necesidad de reanimación al nacer

Pregunte:	Observe
¿La gestación es a término? - LLora o no respira - Tono muscular	- No llora? - flacidez Determine - Evaluar Respiración - Frecuencia Cardíaca

CLASIFICAR

***Preparar previo:**

- Mesa de reanimación con fuente de calor o, cuna de calor radiante.
- Oxígeno.
- Paños o toallas limpias y tibias.
- Perilla de hule.
- Sonda orogástrica.
- Bolsa o ambú y mascarilla almohadillada.
- Medicamentos.
- Reloj con segundero.
- Tener completo el equipo para la reanimación neonatal.
- Personal con las competencias para la reanimación. Al menos 2 personas

***Técnica para mejorar la ventilación VPP: MRSOPA**

- Asegure que la máscara tenga un buen sello.
- Recoloque en posición adecuada la cabeza.
- Verifique si hay secreciones y aspire si es necesario.
- Verifique que la boca del RN ligeramente abierta y levante la mandíbula hacia adelante.
- Aumente gradualmente la presión hasta que haya sonidos bilaterales y movimientos del pecho visible.
- Alterne otra vía: Continúe VPP y refiera para reanimación avanzada.

- Dar seguimiento a todo RN en 3 días posterior al alta para reevaluación. Si es de zona de difícil acceso referir a casa materna para asegurar su seguimiento.
- A todo RN pretérmino, o peso bajo al nacer iniciar hierro desde los 28 días hasta los 12 meses de edad. A los menores de 1500 g iniciar a partir de los 14 días.
- A todo RN pretérmino administrar 5mg de sulfato de zinc, hasta los 6 meses.
- A todo RN Dar una dosis de vitamina A 50,000UI en las primeras 48-72h de edad. Menores de 1500g dar 5,000UI 3 veces por semana por 4 semanas.
- A todo RN dar vitamina D deben recibir 400 UI VO por día entre el 3-5 días de vida.

Evaluar	Clasificar	Determinar tratamiento
Uno de los siguientes signos: - No respira o no llora ó - Flacidez ó - Apnea	Recien nacido con necesidad de reanimación urgente	Iniciar reanimación en cuna de calor radiante o mesa de RCP - Proporcionar calor - Posición de olfateo, despejar la vía aérea si es necesario - Seque con paños tibios y retire los húmedos - Estímule, reposicione - Reevalúe a los 30 segundos
- Respira o llora. - Buen tono muscular.	Recien nacido sin necesidad de reanimación	- Séquelo y coloque en el abdomen de la madre - Cuidados de rutina (Pág 12) - Pinzar el cordón umbilical 1- 3 minutos (o hasta que deje de pulsar) - Inicie lactancia en la primera hora postnacimiento - Clasifique el riesgo al nacer Pág15
- Frecuencia cardíaca <100 lpm. - Jadeo o apnea	Recien nacido con necesidad de ventilación VPP	Ventilación presión positiva con aire ambiente por 30 segundos Vigilancia de la saturación de oxígeno En RN pretérmino VPP con Oxígeno ambiente Implemente medidas correctivas de la reanimación* (Técnica MRSOPA)
- Respirando o llorando - Frecuencia cardíaca >100 lpm	Recien nacido con respuesta positiva a la reanimación	Suspenda Reanimación - Cuidados pos reanimación (Pág 12) - Clasificar el riesgo al nacer (Pág 15) - Observar durante 8 a 24 horas (Pág 12)

Reevalúe a los 30 segundos

Frecuencia cardíaca menor de 60 lpm.	Recien nacido con necesidad de compresiones torácicas	- Considerar intubación - Dar compresiones torácicas coordinadas con Ventilación con presión positiva (bolsa y máscara) con oxígeno al 100 %. - Reevaluar en 60 segundos. - Si persiste FC<60: iniciar adrenalina. Si no mejora considerar hipovolemia o neumotorax
Frecuencia cardíaca entre 60 y 100 lpm.	Recien nacido con necesidad de ventilación con bolsa y máscara	- ventilación con presión positiva (bolsa y máscara) con oxígeno al 100% o aire ambiente - reevaluar en 30 a 60 segundos.
- Frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm. - Respirando o llorando	Recien nacido con respuesta positiva a la reanimación	- Suspenda reanimación - Cuidados pos reanimación y refiera Pág 12. - Clasificar el riesgo al nacer. Pág 15. - Observar al menos por 24 horas. Pág 12.

Nota: Si el recién nacido no responde después de 10 minutos de asistolia, suspenderla. (lpm: latidos por minuto).

EVALUAR, CLASIFICAR Y DETERMINAR TRATAMIENTO EN LOS MENORES DE 0 A 2 MESES CON ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCION LOCAL

Investigue.

Pregunte :	Observe
¿Puede tomar el pecho o beber? ¿Ha tenido vómitos? ¿Tiene dificultad para respirar? ¿Ha tenido fiebre o hipotermia? ¿Ha tenido convulsiones o temblores? ¿Ha presentado cambios de coloración de la piel?	- Letargia, inconsciencia o flacidez ó “no luce bien”, “se ve mal”. - Vómitos. - Tiraje subcostal grave. - Apnea. - Aleteo nasal. - Quejido, estridor o sibilancia. - Cianosis, palidez o ictericia. - Petequias, pústulas o vesículas en la piel. - Secreción purulenta de ombligo u ojos. - Distensión abdominal. - Convulsiones.
	Determine - Peso.Talla, perímetro cefálico. - Frecuencia respiratoria. - Temperatura axilar. - Placas blanquecinas en la boca. - Llenado capilar. - Malformación.

CLASIFICAR

Los recién nacidos PEG, GEG, con RCIU, pretérminos y los que nacen deprimidos, tienen mayor riesgo de hipoglucemia, por lo que debe prevenirse y si es posible determinar la glucemia sanguínea.

Evaluar	Clasificar	Determinar tratamiento
Uno de los siguientes signos: “Se ve mal”. - No puede tomar el pecho. - Letárgico, inconsciente o flácido. - Vomita todo lo que ingiere. - Convulsiones o temblores. - Cambios de coloración en la piel: palidez severa, cianosis central, Ictericia por debajo del ombligo. - Peso < 2000 gramos. - Respiración 60rpm, o más, ó < 30 rpm. - Temp. axilar <36.0 ó >37.5° C. - Apnea. - Aleteo nasal. - Quejido, estridor o sibilancia. - Tiraje subcostal grave. - Secreción purulenta conjuntival más edema. - Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas). - Secreción purulenta del ombligo con eritema que se extiende a la piel. - Manifestaciones de sangrado (equimosis, petequias, hemorragia). - Mal llenado capilar (> 2 segundos). - Distensión abdominal. - Saturacion de oxigeno ≤ 92%	Enfermedad grave o posible infección bacteriana grave	- Referir URGENTE al hospital, según normas de estabilización y transporte (Pág. 20) - Dar la primera dosis intramuscular ó IV de antibióticos recomendados (Pág. 22) - Administrar oxígeno si hay cianosis, tiraje o quejido. - Prevenir hipoglucemia (Pág.20). - Dar acetaminofen por fiebre > 38.5 ° C (Pág. 23). - Mantener abrigado para evitar hipotermia (Pág 20). - Recomendar a la madre que continúe con lactancia materna si es posible, durante el traslado.
- Secreción purulenta conjuntival. - Ombligo eritematoso o con secreción purulenta sin extenderse a la piel. - Pústulas en la piel (pocas o localizadas). - Placas blanquecinas en la boca.	Infección local	- Aplicar un tratamiento local (Pág 24). - Continuar lactancia materna exclusiva. - Enseñar a la madre a tratar las infecciones locales en casa e higiene (Pág 24). - Consejería de signos de peligro (Pág 25). - Seguimiento en 2 días.
- Ninguno de los signos anteriores - Activo - Se alimenta bien - Examen físico normal	Recien nacido sano	- Lactancia materna exclusiva. - Ningún tratamiento adicional. - Consejería en cuidados en el hogar y signos de peligro para su regreso inmediato. - Verificar Inmunizaciones (Pág. 38). - Consejería estimulación temprana del desarrollo y Cita a VPCD.

Lávese las manos antes y después de examinar al niño o niña.
 Normativa 135. Título Estándares de Higiene de manos para la prevención y control de infecciones.

ATENCIÓN AL NIÑO(A) MENOR DE 2 MESES CON DIARREA Y DESHIDRATACION

Menor de 2 meses de edad ¿Tiene diarrea?

si la respuesta es afirmativa, preguntar:	Observar y Palpar - Determinar el estado del niño o niña: ¿Está letárgico o inconsciente? ¿Intranquilo o irritable? - Determinar si tiene los ojos hundidos. - Signos de pliegue cutáneo: ¿La piel vuelve al estado anterior muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente? (menos de 2 Segundos) <i>NOTA: Inicie evaluando la hidratación del niño o niña.</i>
¿Desde cuándo? ¿Hay sangre en las heces?	

Deshidratación

Clasificar la Diarrea

Evaluar	Clasificar	Determinar tratamiento
Uno de los signos: - Letargia o inconsciencia. - Signo de pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente al estado anterior (más de dos segundos).	Diarrea con deshidratación grave	- Si no presenta otra Clasificación grave: - Dar líquidos para la deshidratación grave: Plan C (Pág. 46). - Si presenta otra clasificación grave: referir URGENTE al hospital, con previa estabilización. Pág.22 - Evaluar si es posible continuar lactancia materna
Dos de los signos siguientes: - Inquieto o irritable. - Ojos hundidos. - Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior.	Diarrea con algún grado de deshidratación	- Para la deshidratación: PLAN B: (Pág. 48) Si hay clasificación grave; referir URGENTE con la madre previa estabilización de su condición. - Suplementación terapéutica con zinc 14 días. (Pág 42) - Continúe lactancia materna. - Consejería en cuidados del niño/a y signos de peligro para su regreso inmediato. (Pág 25) - Refiera a unidad de salud de mayor resolución
No hay signos suficientes para clasificar como algún grado de deshidratación, o Deshidratación grave, o no tiene ningún signo de deshidratación.	Diarrea sin deshidratación	- Lactancia materna exclusiva (a libre demanda) y SRO en casa (Plan A) (Pág. 45) - Suplementación terapéutica con zinc x 14 días. (Pág 42) - Orientar a la madre los cuidados del niño/a y signos de peligro para su regreso inmediato (Pág 25) - Enseñar a la madre las medidas higiénicas preventivas - Hacer seguimiento 1 día d e s p u e s

Diarrea hace 7 días o más

Diarrea hace 7 días o más	Diarrea prolongada	- Referir URGENTE previa estabilización - Recomendar a la madre que continúe lactancia m a t e r n a .
---	---------------------------	--

Sangre en las heces

Hay sangre en las heces	Disentería	- Referir URGENTE previa estabilización a hospital, - Evaluar primera dosis de antibiótico apropiado. - Si es posible continuar con lactancia materna. - Vigilkar hidratación y condición durante el traslado
---	-------------------	---

EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR ALIMENTACION DEL MENOR DE 2 MESES DE EDAD

Pregunte acerca de la Alimentación: ¿Presentó la madre hemorragia durante el parto? ¿Está alimentando con lactancia materna exclusiva? ¿Cuántas veces al día? ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? ¿Desde cuándo? ¿Le da otros alimentos o líquidos? ¿Con qué frecuencia? ¿Qué tipo de alimento?	Observe y Determine - El peso para la edad. - Talla para la edad. - Agarre y posición durante el amamantamiento. (Ver Pág. 27) - Placas blancas en la boca. - Palidez palmar. - Taquipnea, taquicardia - Pobre ganancia peso - Hemoglobina y hematocrito (donde haya disponibilidad de laboratorio).
--	--

Nutrición

Evaluar	Clasificar	Determinar tratamiento
Tendencias de crecimiento en descenso a partir del 10º día de vida	Problema severo de nutrición	- Referir URGENTE al hospital previa estabilización. - Prevenir hipotermia (Pág 20.) - Prevenir hipoglucemia (Pág 44) - Continue lactancia materna exclusiva.
Uno de los siguientes signos: - Tendencias del crecimiento horizontal. - Agarre deficiente ó - No se amamanta bien ó - Se alimenta con leche materna menos de 8 veces al día ó - Recibe otros alimentos o líquidos	Problemas de alimentación	- Lactancia materna exclusiva, al menos 8 veces al día - El agarre deficiente o no mama bien, enseñar a la madre la posición y agarre correcto (Pág 25 y 53). - Recibe otros alimentos o líquidos: Lactancia materna por más tiempo y frecuente hasta satisfacerle, vaciar el pecho. - Aconsejar no dar otros alimentos. Cuando no recibe leche materna: - Dar consejería en lactancia materna y posible relactancia o iniciarla. - Iniciar un suplemento vitamínico recomendado. - Seguimiento en 2 días, por problema de alimentación, o por candidiasis oral. - Seguimiento por peso bajo para la edad a los 7 días. - Referir a grupos de apoyo de lactancia comunitarios. - Madre con problemas en las mamas: Dar tratamiento. - Consejería en cuidados y signos de peligro. (Pág 25)
- El peso es adecuado para la edad y no hay problema de alimentación - Tendencias del crecimiento satisfactorias	Ningún problema de alimentación	- Felicite y de consejería sobre lactancia materna exclusiva. - Enseñar a la madre medidas higiénicas preventivas. - Consejería en signos de peligro para su regreso inmediato. - Seguimiento según normas establecidas de VPCD.
- Palidez palmar intensa ó - Hb < 10 g/dl ó Ht < 30% más uno de los siguientes signos: Taquipnea, taquicardia, pobre ganancia de peso	Anemia grave	- Referir URGENTE al hospital previa estabilización. - Prevenir hipotermia e hipoglucemia (Pág. 20)
- Palidez palmar leve ó - Hb entre 10 y 11 g/dl - Hematocrito 30 - 33 %	Anemia	- Lactancia materna exclusiva - Dar tratamiento con hierro oral (Pág 23.) - Seguimiento cada semana - En caso de infección, tratar anemia después de terminar el tratamiento específico y seguimiento en 2 días.
- No tiene palidez palmar ó - Hemoglobina > 11 g/dl - Hematocrito > 33 %	No tiene evidencia de anemia	- Lactancia materna exclusiva - Dar suplemento de hierro si no recibe lactancia materna exclusiva (Pág 22) - Consejería nutricional y seguimiento al mes de edad

Anemia

- Dar seguimiento a todo RN en 3 días posterior al alta para su reevaluación. Si es de zona de difícil acceso referir a casa materna para asegurar seguimiento. - A todo RN administrar una dosis de vitamina A, C y D sin flúor. Solución oral 5000UI + 150 mg + 2000 UI/ml.
--

EVALUAR EL DESARROLLO DEL NIÑO Y NIÑA MENOR DE 2 MESES DE EDAD

Enseguida, verificar

Pregunte: ¿Cómo le fue durante este embarazo? ¿Cómo fue este parto? ¿Nació el niño antes de la fecha programada? ¿Cuánto pesó su niño o niña al nacer? ¿Presentó algún problema durante el nacimiento? ¿Tuvo su niño/a alguna enfermedad grave? ¿Usted y el padre del niño(a), son parientes? ¿Existe alguna persona con un problema mental o físico en la familia? ¿Quién cuida a su niño? ¿Cómo ve usted el desarrollo de su hijo/a? Verifique Presencia de factores de riesgo sociales (violencia, drogas, etc.) Si la madre dice que el niño/a tiene algún problema del desarrollo o un factor de riesgo evalúe más minuciosamente su desarrollo	Observe - Presencia de alteraciones fenotípicas. - Contacto visual de la madre y su hijo/a y verbal de forma afectuosa. Evalúe Menor de un Mes - Reflejo de moro. - Reflejo cócleo-palpebral. - Reflejo de succión. - Brazos y piernas flexionados. - Manos cerradas Un Mes - Vocaliza. - Movimiento de piernas alternado. - Sonrisa social. - Abre las manos.
---	---

CLASIFICAR

Evaluar	Clasificar	Determine tratamiento
Uno de los siguientes signos: “Ausencia de uno o más reflejos / posturas / habilidades para su grupo de edad, o - Perímetro cefálico por debajo de - 2 desviaciones estándar o - Perímetro cefálico por arriba de +2 DE - Presencia de tres o más alteraciones fenotípicas	Probable alteración del desarrollo psicomotor	- Refiera para una evaluación especializada o a nivel de mayor resolución. - Lactancia materna exclusiva. - Mientras es atendido por personal más capacitado, oriente a la madre, como estimular el desarrollo del niño/a.
- Reflejos / posturas / habilidades para su grupo de edad presentes. - Perímetro cefálico sin alteraciones - Ausencia o presencia de menos de 3 Alteraciones fenotípicas. - Hay uno o más factores de riesgo.	Desarrollo psicomotor adecuado con Factores de riesgo	- Consejería sobre estimulación temprana del desarrollo. - Seguimiento en 30 días. - Enseñe signos de alerta para regresar antes de su cita. - Refiera para estimulación temprana, si es posible.
- Reflejos / posturas / habilidades para su grupo de edad. - Perímetro cefálico sin alteraciones - Ausencia o presencia de menos de tres alteraciones fenotípicas. - No existen factores de riesgo. - Relación madre/hijo muy afectuoso	Desarrollo psicomotor adecuado	- Felicite a la madre. - Consejería a la madre para continuar estimulando el desarrollo. (Pág. 27) - Seguimiento a VPCD. Menor de 1 año cada 2 meses, como mínimo 4 veces. - Enseñe signos de alerta para volver antes de su cita.

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

EVALUAR, CLASIFICAR EL TRATO Y CUIDADO DEL NIÑO(A) Y DETERMINE TRATAMIENTO

Observe si existe alguna lesión en el niño o niña menor de 2 meses.
 Si la respuesta es afirmativa:

Pregunte: ¿Cómo se produjeron las lesiones? ¿Cuándo se produjeron las lesiones? ¿Qué hace cuando el niño (a) llora mucho? ¿Cómo solucionan los conflictos en el hogar?	Observe Presenta lesión física - Sugestiva de maltrato: lesiones con la forma o huella de un objeto o en el dorso de las manos, espalda y glúteos o cualquier fractura. - Inespecíficas: localizadas en áreas expuestas (Pueden ser pocas, de forma limitada, no tienen un patrón definido). - Indagar sobre sacudidas al niño/a - Presencia de flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano. - Discrepancia entre la historia/desarrollo y las lesiones. - Alteración en el comportamiento de los cuidadores: descuidado castigador, a la defensiva, agresivos. - Si está descuidado en su higiene: aseo, cabello, uñas. - Si está descuidado en su salud: - La consulta es tardía para la causa, o - El esquema de vacunación no se ha iniciado, o - El niño se encuentra desnutrido
--	---



Evaluar	Clasificar	Determinar tratamiento
Uno de los siguientes signos: - Lesión física sugestiva del maltrato o - Lesiones en genitales o ano.	Compatible con maltrato físico o violencia sexual	- Tratar las lesiones y el dolor. - Referir a un nivel de mayor resolución o personal más capacitado. - Notificar al Ministerio Público, o la Policía y al Ministerio de familia para las medidas de protección y seguimiento.
Uno o más de los siguientes signos: - Lesiones físicas inespecíficas. - Comportamiento alterado del niño o niña. - Comportamiento alterado de los cuidadores. - Niño, o niña descuidado en su higiene. - Niño, o niña descuidado en su salud. - Hijo/a de familia víctimas de violencia intrafamiliar.	Sospecha de maltrato	- Referir a un profesional de mayor experiencia. - Reforzar comportamientos positivos de buen trato y cuido. - Fortalecer los vínculos entre los padres, la familia y el niño/a. - Promover medidas preventivas. - Reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez. - Seguimiento en 14 días. - Consejería a la familia sobre protección y cuido - Notificar al Ministerio Público o del Ministerio de la Familia para las medidas de protección y seguimiento.
- Comportamiento afectivo de los padres y cuidadores. - Buenas prácticas de cuido, higiene - No tiene ninguno de los signos de las filas anteriores.	Buenas prácticas afectivas y de cuidado y trato	- Felicitar a la madre. - Consejería en lactancia materna. - Reforzar cuidado afectivo peligro - Consejería en signos de normas - Dar cita para VPCD según

NORMAS DE ESTABILIZACION ANTES Y DURANTE EL TRASLADO

1. Prevenir y/o tratar la hipotermia

- Coloque al niño o niña en contacto piel a piel con la madre cubrir con un gorrito la cabecita.
- Envolverlo con paños o sábanas limpias, tibias y secas incluyendo la cabecita.
- Utilizar cualquier fuente de calor: cuna de calor radiante, incubadora, lámparas de calor u otros. (Según disponibilidad).
- Vigile temperatura.

Nota: Cuidar no ocasionar daños oculares al aplicar calor y vigilar signos vitales.

2. Prevenir la hipoglucemia

- Lactancia materna en lo posible, o con sonda orogástrica, 50 mL administrados lentamente.
- Líquidos intravenosos (80-100 mL/kg/día) con aporte de Glucosa/ Kg/minuto de 4- 6 g /día a 12 microgotas por minuto.
- Corregir hipoglucemia previo al traslado.

3. Asegure via respiratoria permeable y oxigenación adecuada

- Vigilar permeabilidad de la vía respiratoria: Limpiar si hay secreciones, verifique que no esté obstruida.
- Vigilar por dificultad respiratoria. (Trate el broncoespasmo, mantenga al BB eutérmico).
- Evalúe necesidad de oxigenoterapia y/o ventilación asistida. (Si es posible verifique saturación de oxígeno, con oxímetro de pulso).
- Vigile y mantenga hidratación adecuada del niño o niña.

4. Dar la primera dosis de los medicamentos apropiados según se requiera: Cuadro de tratamiento. Pág.20

- Antibióticos IV o IM y otros medicamentos según clasificación: Líquidos IV, antibióticos, antipiréticos, anticonvulsivante, SRO, nistatina, antibióticos, tópico (Pág 39).

5. Otros cuidados importantes Si el niño o niña presenta:

- Distensión abdominal: Colocarle una sonda orogástrica y dejarla abierta (a drenaje).
- Dificultad respiratoria: Transportarlo con sonda orogástrica abierta, canalizado, con líquidos IV, valore omitir vía oral. Y vigile saturación de oxígeno y necesidad de ventilación asistida y oxigenoterapia. Asegure vía aérea.
- Malformación o alguna patología con exposición de vísceras: Si es mielomeningocele roto proteger con compresas impregnadas con solución salina tibia. En Gastroquisis colocar bolsa de SILO para proteger vísceras.
- Fractura o trauma: Inmovilizar área afectada, manejo del dolor, vigilar hemorragia y deterioro neurológico o hemodinámico.
- Asegurar identificación del niño, coordinación previa del traslado, acompañamiento por la madre o familiar y medidas de soporte vital durante el traslado.

REFIERA URGENTE A LA MADRE CLASIFICADA COMO EMBARAZO DE ALTO RIESGO, PERO ANTES TRATE SEGUN PATOLOGIA

Tratamiento para la hipertensión GRAVE (TA diastólica ≥ 110 mm/Hg) por Preeclampsia o por hipertensión crónica

- **Antihipertensivo**

Hidralazina 5 mg IV lentamente cada 15 minutos, hasta que disminuya la presión arterial (máximo cuatro dosis: 20 mg).

Si la presión diastólica: es igual o mayor de 110 mm de Hg, administrar medicamentos antihipertensivos y reducir la presión diastólica a menos de 100 mm de Hg, pero NO por debajo de 90 mm de Hg para prevenir la hipoperfusión placentaria y la hemorragia cerebral.

- **Prevención de convulsiones en Preeclampsia Grave y Tratamiento de las convulsiones en Eclampsia**

Sulfato de Magnesio IV al 10 % 4 g (4 ampollas) diluido en 200 mL de Solución Salina normal al 0.9% o Ringer en infusión continua en 5 – 15 minutos. Si continúan las convulsiones dé otra dosis de 2 g IV en 100 mL en 5 min. Dosis de mantenimiento 1 g por hora durante 24 h después de la última convulsión.

Si lo que tenemos es sulfato de magnesio al 50% 4 g (Si la ampolla es de 2 ml, son 4 ampollas y si la ampolla es de 10 ml, es 1 ampolla), diluilo en 200 ml de solución salina normal al 0.9% o Lactato de Ringer. Administrar en infusión continua en 5-15 min.

Enfatizar en:

- Mantener vías aéreas permeables.
- Prevenir traumas y mordeduras de la lengua en caso de convulsiones.
- Si no puede trasladar a la madre, maneje en la misma forma que intrahospitalariamente, según lo definido en las “Normas y Protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas”.

Tratamiento para Trabajo Parto Prematuro

- **Útero inhibidores**

- Nifedipina 10 mg vía oral. Si la actividad uterina continúa, dar 10 mg c/20 minutos vía oral 2 veces más para un total de 3 dosis.
- Dosis de mantenimiento: 10 - 20 mg vía oral c/4 - 8 horas por 2 a 3 días, según respuesta. Si no está disponible administrar
- Ritodrine 10 mg PO c/8 horas.
- En caso de contraindicación de nifedipina cápsula de liberación inmediata (Si hay hipotensión arterial), administre ritodrina. La ampolla utilizada para este caso es la de 50 miligramos que se diluirá en 500cc de Solución glucosada al 5%, la dilución resultante es de 100 microgramos por ml.

- **Corticoides antenatales**

En embarazos de 26 a menos de 35 semanas de gestación, administrar Dexametasona 6 mg IM c/12 horas por 4 dosis

Betametasona 12 mg IM c/24 horas por 2 días.

- Si se asocia a RPM, manejar según corresponda.

Tratamiento para la Ruptura Prematura de Membranas

- **Corticoides antenatales.**

En embarazadas de 26 a < 35 semanas de gestación, administrar Dexametasona 6 mg IM c/12 horas por 4 dosis.

Betametasona 12 mg IM c/24 horas por 2 días.

- **Antibiótico para RPM si hay trabajo de parto y < 37 semanas gestación.**

Penicilina Cristalina 5 millones IV y después 2.5 millones IV c/4 horas hasta el parto.

- **Antibiótico para RPM en pretérmino (RPMP) sin trabajo de parto.**

Eritromicina 250 mg vía oral c/ 6 horas x 7 días o hasta el nacimiento.

- RPM mayor de 12 horas: p. cristalina como se describe en lo anterior, más gentamicina 3-5 mg/kg/día o 160 mg IV dosis diaria.
- En caso de sospechar Anaerobios agregar a los esquemas anteriores:
- Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

Tratamiento en caso de RPR positivo

- Elección: Bencilpenicilina Benzatínica 2,4 millones UI por vía intramuscular, en una dosis única (Aplicar 1,200,000 UI, IM en cada glúteo)
- Alternativa para gestantes alérgicas a la Penicilina: Eritromicina, 500 mg vía oral, c/6 horas por 14 días.

TRATAMIENTO PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 MESES Y ACONSEJAR A LA MADRE O ACOMPAÑANTE

Dar la primera dosis de dos antibióticos por vía intramuscular y referir urgentemente

- **Para la Enfermedad grave o posible infección bacteriana grave.**
- **Utilizar siempre un aminoglicósido más una Penicilina.**

Gentamicina: Dosis: 2,5 mg/kg/dosis Vía: Intramuscular			Penicilina G procainica Dosis: 50,000 Unidades/ kg/dosis Vía: Intramuscular			
Ampolla de 20 mg en 2 mL. (concentración 10 mg / mL). No se debe diluir. * Ampolla de 80 mg en 2 mL. Diluir con 6 mL de agua estéril, para obtener una concentración de 10 mg / mL.			Frasco de 800,000 UI: Añadir 3,5 mL de agua estéril = 4.0 mL a 200.000 UI por cada mL. Frasco de 400,000 UI: Añadir 3,5 mL de agua estéril = 4.0 mL a 100,000 UI por cada mL. Para administrar utilizar jeringa con aguja de 22 o 21 mm de grosor.			
Peso en kg	Dosis en mL	Frecuencia	Peso en kg	Dosis P. Procaínica 800,000 UI	Dosis P. Procaínica de 400,000 UI	Frecuencia
1,0 – 1,9	0,25	C/24 horas	1,0 – 1,9	0.25 mL - 0.50 mL	0.50 mL - 1 mL	Cada 12 horas
2,0 – 2,9	0,50	Cada 12 horas	2,0 – 2,9	0.50 mL - 0.75 mL	1 mL – 1.5 mL	
3,0 – 3,9	0,75		3,0 – 3,9	0.75 mL - 1 mL	1.5 mL - 2 mL	
4,0 – 4,9	1,00		4,0 – 4,9	1 mL - 1.25 mL	2 mL – 2.5 mL	
5,0 – 5,9	1,25		5,0 – 5,9	1.25 mL - 1.5 mL	2.5 mL – 3 mL	

Nota: En caso de disponer de vía periférica: **Administrar P. cristalina IV o Ampicilina IV.**
Normativa 108.

Otras recomendaciones:

- Evitar el uso de Gentamicina en concentración de 80 mg/2mL sin diluir.
- Para un menor de 2 meses clasificado como POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE siempre debe ser referido. Administre los tratamientos apropiados completando y respetando esquema mientras lleva al hospital de referencia.

Profilaxis de anemia en RN pretérmino o Peso bajo al nacer.

Dar sulfato ferroso de forma preventiva (3 mg/kg/día, 1 vez/día por 6 meses)

- **En caso de recién nacidos pretérmino o con bajo peso**

Peso. Kg	Gotas (15 mg /0.6 mL)	Frecuencia / Duración
1,0 – 1,9	3 - 5	Una vez por día por 6 meses
2,0 – 2,9	5 – 7	
3,0 – 3,9	7 – 9	
4,0 – 4,9	10 – 12	
5,0 – 5,9	12 – 15	

Ajustar la dosis a medida que el niño/a aumente su peso.
Recomiende a la madre continuar con lactancia materna exclusiva.

Antes y después de preparar un antibiótico o aplicarlo:

1. Debe lavarse las manos con agua limpia y clorhexidina al 4%.
2. Luego agregue en sus manos alcohol gel al 70%.
3. La administración intramuscular del antibiótico debe ser en la cara antero lateral superior del muslo.

TRATAR AL MENOR DE 2 MESES Y ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

- Dar acetaminofén para la fiebre alta ($T \geq 38.5$ °C)

Dar acetaminofén para la fiebre alta (10 a 15mg/kg/dosis).

Peso (g)	Gotas 100mg/ mL	Jarabe 120/5m	Frecuencia (horas)
1,000- 1,999	3 a 6 gotas	0.5mL -1 mL	Cada 8 horas
2,000 – 2,999	6 -9 gotas	1 mL - 1.5 mL	Cada 6 horas
3,000 – 3,999	9-12 gotas	1.5 mL – 2 mL	
4,000 – 4,999	12 -15 gotas	2 mL – 2.5 mL	
5,000 – 5999	15 -18 gotas	2.5 mL – 3 mL	

Dar nistatina oral para la candidiasis

Frasco de 100,000 Unidades / ml		
Peso (g)	Dósis	Frecuencia
1,000 - 1,999	1 ml (20 gotas)	Cada 6 horas por 5 días
2,000–2,999		
3,000–3,999	2 ml (40 gotas)	
4,000–4,999		
5,000–5999		

- Agitar bien el frasco antes de aplicar directamente la nistatina en la boca del niño/a.

- Tratar al niño o niña para evitar que le baje la concentración de azúcar en sangre (Hipoglucemia) :

- Si puede tomar el pecho: Aconsejar a la madre que de lactancia frecuente
- No puede tomar el pecho, pero puede tragar: leche materna de la madre. Si eso no es posible, dar 30 a 50 ml de agua azucarada antes de que se traslade.

Para preparar el agua azucarada: disolver 4 cucharaditas de azúcar al ras (20g) en una taza con 200 mL de agua limpia

- Si el niño o niña no puede tragar:
Dar 50 mL de leche materna de elección o agua azucarada por una sonda orogástrica (Sonda No. 5 fr. o 8 fr. X 15 cm. de largo).
- Dar tratamiento con hierro oral para la anemia

SULFATO FERROSO		
Dosis: 4 – 6 mg/kg/día de hierro elemental		
Peso (g)	Gotas 15 mg de hierro elemental/ 0.6 mL	Frecuencia / Duración
1,000- 1,999	4 - 8	Una vez al día por 6 meses
2,000 – 2,999	8 – 12	
3,000 – 3,999	12 - 16	
4,000 – 4,999	16 - 20	
5,000 – 5999	20 – 24	

- No debe excederse de 15 mg de hierro elemental por día. En caso de jarabe se puede dividir la dosis para dar 2 veces al día

TRATAR AL NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 MESES Y ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

- Para el abordaje de la diarrea con Sales de Hidratación Oral (SRO) consultar el cuadro PLAN A, PLAN B y PLAN C
- Asegurarse que todos los niños y niñas menores de 2 meses tengan su vacuna de BCG

Enseñar a la madre a tratar las infecciones localizadas

- Explicarle cómo se administra el tratamiento.
- Observarla mientras administra el tratamiento primero en el establecimiento de salud.
- Orientarla para que administre el tratamiento dos veces al día. La madre debe volver inmediatamente al servicio de salud si la infección empeora.

Para tratar pústulas de la piel o Infecciones de ombligo

La madre debe:

- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después del procedimiento.
- Lavar suavemente con agua y jabón para secar el pus y las costras, hasta que esté limpia.
- Secar suavemente la zona afectada.
- En el caso de pústulas, aplicar antibiótico tópico (Mupirocina al 2%) 3 veces al día por 7 días.

Para tratar las infecciones de los ojos

La madre debe:

- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después del procedimiento
- Limpiar los ojos del niño con un paño limpio y suave 3 veces al día.
- Abrir hacia abajo el párpado inferior del niño.
- Aplicar Oxitetraciclina ungüento oftálmico al 1 % cada 6 horas.
- Repetir en el otro ojo el mismo procedimiento.
- Seguir aplicando el ungüento hasta que desaparezca la secreción purulenta.

Para tratar la candidiasis oral (úlceras o placas blancas en la boca)

La madre debe:

- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después del procedimiento.
- Lavar la boca del niño o niña con un paño limpio y suave enrollado en un dedo y humedecido con agua y un poco de sal.
- Aplicar en la boca del niño o niña, nistatina cada 6 horas, según dosis y esquema descrito en página anterior.

TRATAR AL NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 MESES Y ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

Enseñar la posición y el agarre correcto para el amamantamiento

- Mostrar a la madre como sostener bien al niño o niña**
 - Con la cabeza y el cuerpo del niño/a derecho.
 - En dirección a su pecho, con la nariz del niño/a de frente al pezón de la madre.
 - Con el cuerpo del niño frente al cuerpo de ella (panza con panza).
 - Sosteniendo todo el cuerpo del niño/a, y no solamente el cuello y los hombros.
- Mostrar a la madre como facilitar el agarre. La madre debe:**
 - Tocar los labios del niño o niña con el pezón.
 - Esperar hasta que el niño o niña abra bien la boca.
 - Mover al niño o niña rápidamente hacia el pecho y verifique de que el labio inferior quede volteado hacia fuera, bien debajo del pezón (parecido a boca de pescado).
- Verificar los signos del buen agarre y la succión. Si no son buenos, intentarlo nuevamente.**



Aconsejar a la madre sobre cuándo debe volver a consulta de seguimiento o de inmediato

Si el niño o niña tiene	Volver para consulta de seguimiento en:
Infección localizada Diarrea Cualquier problema de alimentación moniliasis	2 días
Edad gestacional al nacimiento entre 35 - 37 o ≥ 42 semanas Peso bajo para la edad Procedimiento de reanimación neonatal rpm entre 6 y 12 horas	3 días
Anemia Sospecha de maltrato	14 días
Problema de desarrollo	30 días
Cita para vpcd en la unidad de salud	según normas

Recomendar a la madre que vuelva de inmediato si el niño niña presenta cualquiera de los siguientes signos:

- No toma el pecho o no puede beber
Empeora
Llanto débil
Temblores o convulsiones
Se observa moradito, amarillo o pálido
- Dificultad para respirar
 - Sangre en las heces
 - Fiebre
 - Hipotermia (muy frío)
 - Vomita todo lo que ingiere

Consejos al egreso: Lavado de manos con agua y jabón, acostar al bebé de espalda, mantenerlo abrigadito, lactancia materna exclusiva

PROPORCIONAR ATENCION DE REEVALUACION Y SEGUIMIENTO AL NIÑO(A) MENOR DE 2 MESES

Infección localizada

Después de 2 días:

Examine el ombligo: ¿Está enrojecido o presenta supuración? ¿El enrojecimiento se extiende hacia la piel?

Examine las pústulas de la piel. ¿Son muchas y extensas?

Tratamiento:

- Si el **pus y enrojecimiento han empeorado**, referir al hospital.
- Si el **pus y enrojecimiento han mejorado**, elogiar y aconsejar a la madre para que continúe dando el antibiótico hasta completar los 7 días y que continúe tratando la infección local en la casa.
- Recomendar a la madre que continúe dándole lactancia materna exclusiva al menos 8 veces al día.

Diarrea

Después de 2 días:

Examine ¿Está tranquilo o irritable? ¿Bebe mal o no puede beber? ¿Tiene los ojos hundidos? ¿El pliegue cutáneo regresa lenta o muy lentamente? ¿Hay sangre en las heces?

Determinar si hay deshidratación.

Tratamiento:

- Si el niño/a está deshidratado: hidratar y referir urgente al hospital.
- Si el número de **evacuaciones o la cantidad de sangre en las heces** sigue igual o ha empeorado, o hay **problemas de alimentación** o tiene algún **signo general de peligro**, referir **urgente** al hospital.
- Si tiene fiebre dar la primera dosis de un antibiótico recomendado por vía intramuscular antes de referirlo y asegurar vigilancia hemodinámica.

Moniliasis oral después de 2 días:

Examine al niño o niña. Verificar si hay úlceras o placas blancas en la boca.

Reevalúe la alimentación. Consultar el cuadro titulado “En seguida, verificar alimentación”.

Tratamiento:

- Si la moniliasis ha empeorado, o tiene problemas con el agarre o la succión, referirlo al hospital y explicar a la madre.
- Si la moniliasis está igual o ha mejorado, está alimentándose bien, elogiar a la madre y aconseje continuar con nistatina hasta completar los 5 días de tratamiento y continuar lactancia materna exclusiva.
- Aconsejar a la madre en cuidar sus pezones para evitar que se contagien de la moniliasis.

Problemas de alimentación

Después de 2 días:

Reevaluar la alimentación (Lactancia materna exclusiva). Consultar el cuadro titulado “Alimentación”.

Preguntar sobre cualquier problema de alimentación detectado en la primera consulta.

- Aconsejar a la madre sobre cualquier problema nuevo o persistente. Si le recomienda que haga cambios importantes en la alimentación, recuerde que regrese a seguimiento según clasificación.
- El peso del niño/a es bajo para la edad, decir a la madre que vuelva 14 días después de la primera consulta para determinar ganancia de peso
- Si cree que la alimentación no va a mejorar, o si el niño o niña ha bajado de peso, referirlo.

PROPORCIONAR ATENCION DE REEVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL MENOR DE 2 MESES

Peso bajo para la edad

Después de 7 días:

Pesar al niño y tallar, medir perímetro cefálico y evalúe. (Ver curva de crecimiento postnatal).

Reevaluar la alimentación.

Tratamiento

Si el niño o niña:

- Ya no tiene peso bajo para la edad y su tendencia del crecimiento es satisfactoria, elogiar a la madre y motivar para que continúe igual.

- Continúa con peso bajo para la edad, pero se alimenta bien, elogiar a la madre. Seguimiento del niño en un mes.
- Continúa peso bajo para la edad y problemas de alimentación, aconsejar a la madre sobre el problema de alimentación. Seguimiento en 14 días.
- En pretérmino (<37 semanas de gestación), asegurar un multivitamínico y hierro según normas.
- Continuar seguimiento c/ 14 días hasta que esté alimentándose bien y con la ganancia de peso esperada o hasta que el peso este para su edad o su crecimiento sea satisfactorio.
- Si considera que la alimentación no va a mejorar o si ha bajado de peso con tendencia del crecimiento insatisfactoria, referiera al hospital.

Anemia

En el seguimiento (cada 14 días): Evaluar cumplimiento del tratamiento indicado y ajustar dosis.

Reevaluar la alimentación. Consultar el cuadro titulado “Aconsejar a la madre sobre problemas de alimentación” Pág. 55

Reevaluar al niño/a:

- Continúa con palidez palmar y no hay disponibilidad de laboratorio, referir.
- Si hay laboratorio y Hb < 11 g/dl y Ht < 33% referirlo a un hospital para investigar otras causas de anemia y recibir tratamiento URGENTE.
- Si ya no tiene palidez palmar y se está alimentando bien, elogiar a la madre, decirle que continúe amamantándolo y darle cita para su vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo cuando cumpla los 2 meses de edad.

Alteraciones del desarrollo

Después de 30 días:

Revalorar el proceso del desarrollo con los siguientes criterios:

- Succiona vigorosamente.
- Piernas y brazos en flexión.
- Boca abajo, levanta la cabeza a 45 °.
- Mueve la cabeza y extremidades ante estímulos sonoros.
- Sigue objetos dentro de su campo visual.
- Duerme la mayor parte del tiempo.
- Llanto fuerte y vigoroso.

Si **cumple criterios para su edad**, elogiar a la madre y orientarla sobre cómo estimular su desarrollo en el hogar.

No cumple con uno o más criterios de valoración para su edad, referir a un especialista para una valoración más completa.

Cuido con afecto y buen trato: después de 14 días:

- Realizar la Reevaluación completa del niño y preguntar si asistió a consulta donde fue remitido:
- No asistió a consulta, verifique si existe algún criterio para clasificar como sospecha de maltrato físico y/o abuso sexual (pág. 11), trate según cuadro de procedimientos. cite en 14 días.
- Asistió a consulta con el profesional recomendado, estimule que siga las indicaciones orientadas y refuerce comportamientos positivos.

Puede ser nuevamente evaluado en la consulta de vigilancia del crecimiento y desarrollo (realizar la evaluación completa, para verificar si la clasificación ha mejorado, continúa igual o ha empeorado).

- si continúa igual: converse nuevamente con la madre sobre la mejor forma de cuidado y la importancia de la higiene, y educación.
- si ha empeorado: proceda de acuerdo con los cuadros de procedimientos evaluar y clasificar.

OFRECER SERVICIOS DE ATENCION Y ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE SU PROPIA SALUD

- Consejería sobre importancia y ventajas de la leche materna y verificar conocimientos sobre la extracción manual.
 - Recomendarle que se alimente con la variedad de alimentos NUTRITIVOS disponibles en su casa en cantidades suficientes y tome suficiente líquido para mantenerse sana y fuerte.
 - Explicar a la madre la importancia de tomar sulfato ferroso con ácido fólico, el sulfato ferroso para prevención o tratamiento de la anemia y el Ac. Fólico para prevenir malformaciones congénitas del niño (Defectos del tubo neural como meningocele, mielomeningocele, entre otras).
 - Consejería sobre higiene, autocuidado, autoestima y enseñar a la madre a reconocer los signos de alarma en el embarazo, puerperio y en el recién nacido.
 - Fortalecer en la madre y la familia la capacidad para hacer búsqueda oportuna de la atención.
- Si la madre está enferma o tiene problema como congestión en las mamas, pezones adoloridos, infección) adminístrele tratamiento, déle consejería o refiérala según caso.
 - Si se identifican riesgos de salud brinde la atención que amerite.
 - Consejería sobre planificación familiar, citología vaginal, exploración de mamas y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/Sida.
 - Determinar los antecedentes de vacunación de la madre y si es necesario darle toxoide tetánico.
 - Hacer control puerperal según norma, administrar vitamina A y dar multivitaminas.
 - Consejería en alimentación del niño de madre positiva VIH.

Manual de Procedimientos



**Atención de niños y niñas de
2 meses a 5 años**

EVALUAR, CLASIFICAR Y DETERMINAR EL TRATAMIENTO DEL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD

EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR LA TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

PREGUNTAR QUE PROBLEMAS TIENE EL NIÑO O NIÑA

- Determinar si es la primera consulta para este problema o si es una consulta de seguimiento.
- Si es una consulta de seguimiento. Seguir las instrucciones para “Reevaluación y Seguimiento” del cuadro TRATAMIENTO.
- Si es la primera consulta, examinar al niño o niña.

VERIFICAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO



ENSEGUIDA, PREGUNTAR SOBRE LOS SINTOMAS PRINCIPALES:

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA,



Respiración rápida si el niño o niña tiene:

De 2 a 11 meses: 50, o más respiraciones por minuto
 De 1 a 4 años: 40, o más respiraciones por minuto
 Para 5 años: 25 o más respiraciones por minuto

* Si no se puede referir inmediatamente al niño/a, consultar el módulo tratamiento.

EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR LA DIARREA Y DESHIDRATACION

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?

Si la respuesta es Afirmativa:

Preguntar

- ¿Desde cuándo?
- ¿Hay sangre en las heces?

Observar, Escuchar

- **Determinar el estado General:**
- El niño/a está
- ¿Somnoliento o difícil de despertar?
- ¿Inquieto o irritable?
- Tiene los ojos hundidos
- Ofrecer líquidos al niño o niña.
- ¿Puede beber?
- ¿Bebe ávidamente, con sed?
- Signo del pliegue cutáneo:
- La piel vuelve al estado anterior,
- ¿Muy lentamente (2 a 4 segundos)?
- ¿Lentamente? (Más 4 segundos)

Llenado capilar lento es un signo de gravedad que apoya el diagnóstico de deshidratación grave. En un niño marasmático, los signos de evaluación de la deshidratación pueden ser confusos. El llenado capilar ayuda a diferenciar al niño deshidratado del no deshidratado.

Deshidratación

Clasificar

Tiene Diarrea hace 14 días o más

y si hay sangre en la heces

Evaluar Signos	Clasificar Como	Tratamiento
Uno de los siguientes Signos: • Somnoliento • Dejó de comer o beber • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente al estado anterior	DIARREA CON DESHIDRATACION GRAVE	• Administrar plan C. Pág 46. • Dar líquidos para deshidratación grave hasta estabilizar y si presenta otra clasificación grave o Referir URGENTE al hospital. Si es posible, dar sorbos sales de rehidratación en el trayecto. • Aconseje a madre que continúe dando pecho, si es posible.
Uno de los signos siguientes: • Inquieto, Irritable • Ojos hundidos • Bebe ávidamente, con sed • Signo del pliegue cutáneo, la piel vuelve lentamente al estado anterior	DIARREA CON ALGUN GRADO DE	• Plan B. URO. Sales de Rehidratación oral. Pág 45. • Continuar lactancia materna y alimentación. • Gluconato o sulfato de zinc. Pág 42. • Si el niño presenta otra clasificación grave: • Referir URGENTE, dar sorbos de SRO y lactancia materna, si es posible. • Consejería en signos de peligro Pág 25. • Seguimiento en 1 día.
• No hay suficientes signos para clasificar el caso como: deshidratación, o deshidratación grave	DIARREA SIN DESHIDRATACION	• Plan A: Suero oral y alimentos. Pág 45. • Menor de 6 meses lactancia materna exclusiva. • Administrar Gluconato o sulfato de zinc. Pág 42. • Consejería en signos de peligro Pág 25. • Seguimiento en 1 día.
• Hay deshidratación, o • Niño menor de 6 meses • Desnutrición	DIARREA PERSISTENTE GRAVE	• Trate la deshidratación , estabilice y • Prepare insumos y refiera al hospital. • Continuar lactancia materna. • Vigile signos vitales.
• No hay deshidratación	DIARREA PERSISTENTE	• Dar 1 dosis adicional de Vitamina A. Pág 42. • Suplemento de zinc por 14 días. Pág 42. • Seguimiento en 1 día. • Consejería en higiene y alimentación Pág 25. • Referir al hospital a valoración especializada.
• Sangre en las heces	DISENTERÍA	• Dar tratamiento con furazolidona. Pág 39. • Dar suplementación con zinc. Pág 42. • Seguimiento en 1 día • Si es < 6 meses LME y en >6 meses agregar alimentación complementa hasta los 2 años de edad. • Consejería signos de peligro. Pág 25.

EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR LA FIEBRE

Tiene el niño o niña, febrícula o fiebre?

(Determinada por interrogatorio, si se siente caliente al tacto o si tiene una temperatura axilar de 37.5° C, o más).

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA

Determinar el riesgo de meningitis, dengue, leptospirosis, malaria, Chikungunya, de acuerdo al área geográfica

Enseguida Preguntar	Observar y Explorar
- Desde cuándo inició la fiebre? ¿Cuántos días de fiebre? ¿Tiene además: - Cefalea - Dolor retroocular - Mialgias y artralgias - Erupción cutánea - Vómitos frecuentes - Dolor abdominal persistente - Tiene artralgia: Simétricas, bilaterales intensas? - Si tiene más de 7 días, ¿Ha tenido fiebre todos los días?	Determinar si tiene rigidez de nuca Tiene signos de alarma: Dolor abdominal, vómitos persistente, acumulación clínica de líquido, hemorragia, hepatomegalia >2 cm, irritable o letargo Tiene signos de gravedad: Dificultad respiratoria, hemorragia severa, alteración de la conciencia, convulsiones - Tiene manifestaciones de sangrado (petequias, equimosis, epistaxis, gingivorragia, sangrado, digestivo, etc.). Por sospecha leptospirosis: Además - Sufusión conjuntival, claudicación, ictericia, - Observar si tiene erupción cutánea generalizada. - Uno de los signos siguientes: - Tos, Coriza o rinorrea u ojos enrojecidos.

Clasificar la Fiebre

EVALUAR SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
Cualquier signo de peligro en general, o rigidez de cuello.	ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE	- Estabilice y refiera URGENTE al hospital. - Administre Penicilina Procaínica. Pág. 40 - Acetaminofen por fiebre 38.5°C o más. .Pág. 42 - Prevenir la hipoglucemia. Pág. 44 - Trate la convulsion, si presenta. Pág. 40 - Verifique insumos para el traslado.
Fiebre , con uno o más signos de gravedad	DENGUE GRAVE	- Estabilice urgente al niño o niña. Pág. 20 - Refiera a unidad de salud de mayor resolución. - Verifique insumos a utilizar durante el traslado. - Vigile condición hemodinámica. - Si sopecha además otra calscificacion, de tratamiento.
Uno o más signos de alarma:	SOSPECHA DE DENGUE CON DATOS DE ALARMA	- Estabilice y maneje según norma. Pág. 41 - Refiera URGENTE, si es posible ingrese en unidad de salud para vigilancia hemodinámica. - Acetaminofén por fiebre de 38.5°C, o más.
Fiebre < 7 días sin signos de alarma, ni de gravedad:.	SOSPECHA DE DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA	- Dar sales de rehidratación oral. Pág. 45 - Vigile condición clínica 6 horas en unidad de salud. - Acetaminofén por fiebre de 38.5 o más. - Consejería signos de alarma para su regreso inmediato. - Seguimiento en 1 día.
Un Signo de peligro, o de gravedad y de sospecha de leptospirosis	LEPTOSPIROSIS GRAVE	- Estabilice y refiera urgente al hospital. - Asegure via aera y oxigeno suplementario. - Administre Penicilina Procaínica e hidratación Pág. 40 - Asegure insumos para el traslado. - Vigile signos vitales y deterioro hemodinámico
Signos de sospecha de Leptospirosis, con esputo hemoptoico o taquipnea, o ictericia.	LEPTOSPIROSIS MODERADA	- Asegure hidratación adecuada - Inicie antibiótico .Ingrese o refiera según nivel de resolución. - Administre oxigeno si hay signos de dificultad respiratoria - Vigile signos vitales y evolución clínica
Signos clínicos de sospecha de leptospirosis, sin signos para moderada o severa.	LEPTOSPIROSIS LEVE	- Administre Penicilina Procaínica. Pág 40. - Acetaminofén por fiebre >38.5 o mas - Observe por 48 horas en la Unidad de Salud - Luego manejo en casa y de consejería sobre signos de alarma o gravedad para su regreso inmediato.
Un signo de peligro, fiebre en zona de alto riesgo de malaria (*).	MALARIA GRAVE	- Referir URGENTE al hospital. - Administrar primera dosis antimalárico. Pág. 42 - Acetaminofen por fiebre 38.5°C, o más. Pág. 42 - Prevenir hipoglucemia. Pág. 44 - Tratar convulsiones. e hidratación Pág. 40
Uno de los siguientes signos: Gota gruesa positiva. O sin gota gruesa y zona de alto riesgo de malaria.	MALARIA	- Si ha tenido fiebre por 7 días o más, referir. - Administre primera dosis de cloroquina y primaquina oral. Pág. 42 - Acetaminofén para fiebre (38.5°C, o más) - Aconsejar signos de peligro y seguimiento 1 día .Pág. 42

Nota: Es importante considerar situación y nexos epidemiológicos para las diferentes causas de fiebre y su abordaje integral. Si considera que el niño tiene 2 o más clasificaciones : Haga manejo según clasificaciones y refiera para valoración en caso necesario a una unidad de mayor resolución.

(*). Alto riesgo de malaria: Municipios con IPA > 10 X 1,000 habitantes.

EVALUE, CLASIFIQUE Y DETERMINE TRATAMIENTO DE LA FIEBRE

¿Tiene el niño o niña, febrícula o fiebre?
(Determinada por interrogatorio, si se siente caliente al tacto o si tiene una temperatura axilar de 37.5° C, o más).

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA

Determinar el riesgo, tiene erupción cutánea generalizada.

Enseguida Preguntar

- ¿Desde cuándo inició la fiebre?
- ¿Cuántos días de fiebre?
- Si tiene más de 7 días, ¿Ha tenido fiebre todos los días?

Observar y Explorar

- Observar si tiene erupción cutánea generalizada.
- Uno de los signos siguientes:
- Tos, rinorrea, u ojos enrojecidos

Evalú	Clasifique	Tratamiento
Erupción, cutánea mácula papular. Uno de los signos: Tos, rinorrea u ojos enrojecidos.	ENFERMEDAD MUY GRAVE	• Acetaminofén por fiebre de 38.5°C o más. • Vitamina A. Pág 42. • Tomar muestra y llenar ficha de notificación de caso. • Hacer seguimiento en 1 día. • Consejería sobre signos de peligro. Pág. 25 • Continuar alimentándolo.
• Erupción cutánea • y no presenta: Tos, coriza, ni ojos enrojecidos.	OTRA ENFERMEDAD ERUPTIVA FEBRIL	• Acetaminofén por fiebre de 38.5° C o más. • Investigar la causa probable de la fiebre. • Consejería sobre signos de peligro. Pág. 25 • Seguimiento en 1 día. Pág. 56
• Fiebre por cualquier causa o sin causa aparente y gota gruesa negativa, y no clasifica para Dengue o leptospirosis	ENFERMEDAD FEBRIL	• Si tiene fiebre de 7 días o más, referir a unidad de salud de mayor resolución. • Acetaminofén por fiebre de 38.5 o más. • Consejería sobre signos de peligro para su regreso inmediato. • Seguimiento en 1 día. • Recomiende a la madre que le de sales de rehidratación oral, lactancia materna y que continúe alimentándolo.

EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR PROBLEMAS DE OIDO Y GARGANTA

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA PROBLEMA DE OIDO?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA

Preguntar

- ¿Tiene dolor de oído?
- ¿Tiene supuración de oído? ¿Desde cuándo?
- ¿Ha recibido antibiótico desde que inició su problema?
- ¿Qué edad tiene?

Observar y Palpar

- Observar si hay supuración de oído.
- Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.

Clasificar
 PROBLEMA
 DE OIDO

Evaluar Signos	Clasificar Como	Tratamiento
• Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.	MASTOIDITIS	• Referir URGENTE al hospital. • Administrar primera dosis de Penicilina Procaínica. Pág. 39 • Acetaminofen. Pág. 42
• Fiebre. • Dolor de oído. • Supuración visible de oído que comenzó hace menos de 14 días.	OTITIS MEDIA AGUDA	• Administre amoxicilina durante 7 días. Pág. 39 • Acetaminofén. Pág. 42 • Secar el oído con mecha si hay supuración. • Seguimiento en 3 días.
• Supuración visible de oído que comenzó hace 14 días o más.	OTITIS MEDIA CRONICA	• Administrar gotas óticas de Ciprofloxacina. Pág. 39 • Secar el oído con mechas. • Seguimiento en 5 días. • No debe administrar antibióticos orales.
• No tiene dolor de oído y no ha notado supuración.	NO TIENE INFECCION DE OIDO	• Ningún tratamiento adicional • Consejería sobre cuando volver de inmediato

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA PROBLEMA DE GARGANTA?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA

Preguntar

- ¿Tiene dolor de garganta?
- Desde cuándo?
- Edad del niño?

Observar y Determine

- Enrojecimiento de garganta.
- Exudado blanco
- Adenopatía crecidas y dolorosas

CLASIFICAR
 PROBLEMA
 DE
 GARGANTA

Evaluar Signos	Clasificar Como	Tratamiento
• Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos y • Exudado blanco en la garganta. • Edad 3 años o más. • Ausencia de tos.	AMIGDALITIS	• Azitromicina Sup. • Penicilina Benzatínica dosis única. Pág. 40 • Aliviar el dolor de garganta con un remedio casero. Pág 43 • Acetaminofén. Pág. 42 • Consejería sobre signos de peligro. • En caso de alergia a Penicilina dar Azitromicina.
• Garganta enrojecida, o • Dolor de garganta, o • Exudado blanco sin ganglios crecidos o dolorosos en el cuello.	FARINGITIS VIRAL	• Aliviar el dolor de garganta con remedio casero. Pág. 43 • Acetaminofén. Pág. 42 • Consejería de signos de peligro para su regreso inmediato. • Indicaciones sobre cuidados en el hogar. • No debe administrar antibióticos orales • Administrar sulfato de zinc para prevenir neumonía
• Ningún signo anterior	NO TIENE FARINGITIS	• Indicaciones sobre cuidados en el hogar. • Investigar problemas dentales y nutricionales. • Consejería sobre salud bucal.

EVALUAR, CLASIFICAR EL CRECIMIENTO Y DAR TRATAMIENTO

OBSERVAR, DETERMINAR E INTERPRETAR

- Determinar la longitud/ talla.
- Interpretar longitud/talla para la edad.
- Determinar el peso.
- Interpretar peso para la edad.
- Interpretar peso para la longitud/talla.
- IMC para la edad.
- Determinar si hay emaciación visible (Marasmo).
- Verificar si hay edema generalizado (Kwashiorakor) o edema en ambos pies. *
- Investigue: Alimentación del niño o niña.

ANEMIA

- Es palidez palmar intensa?
- Es palidez palmar leve?

NOTA: longitud para el niño/a menor de 2 años.
Talla para el niño/a mayor de 2 años.

Clasificar

Evaluar Signos	Clasificar Como	Tratamiento
Peso para la longitud/ talla o IMC por debajo de la puntuación Z - 3 . Emaciación visible grave	EMACIACION SEVERA	• Informe a la madre la evaluación. • Si tiene otra clasificación grave, referir urgente, con tratamiento apropiado. • Dar vitamina A. Pág 42 • Referir a especialista. • Gluconato o sulfato de zinc por 3 meses y seguimiento c/15 días Pág. 42
Longitud/talla para la edad por debajo de puntuación Z -3	TALLA BAJA SEVERA	
Peso para la edad por debajo de puntuación Z -3	PESO BAJO SEVERO	
Peso para la longitud/ talla o IMC por debajo de la puntuación Z - 2	EMACIADO	• Investigar la causa: • Si tiene clasificación grave, referir urgente. • Evalúe alimentación. • Dar zinc por 12 semanas. Pág. 42 • Problema de alimentación: Cite en 5 días • Consejería nutricional. Pág. 51, 52 y 53 • Enseñe a la madre signos de peligro. Pág. 25 • Seguimiento cada 15 días.
Longitud/talla para la edad por debajo puntuación Z-2	TALLA BAJA	
Peso para la edad por debajo de puntuación Z -2	PESO BAJO	
Peso para la longitud/ talla o IMC en el canal de la mediana (Entre la mediana y Z-1)	PESO PARA LA LONGITUD/TALLA EN RANGO NORMAL	• Felicite a la madre o acompañante • Menor 2 años, evalúe la alimentación. Pág. 50 • Problema de alimentación: Seguimiento 5 días. • Consejería nutricional a la madre y enseñe los signos de peligro. Pág 51, 52 y 53. • Seguimiento a VPCD; menor de 1 año c/2 meses. > 1 año. cite 2 veces al año.
Longitud/talla para la edad en el canal de la mediana (Entre la mediana y Z-1)	TALLA EN RANGO NORMAL	
Peso para la edad en el canal de la mediana (Entre la mediana y Z-1)	PESO PARA LA EDAD EN RANGO NORMAL	

ENSEGUIDA, VERIFICAR SI EL NIÑO O NIÑA HA RECIBIDO:

- VITAMINA A:** Si el niño o niña tiene más de 6 meses, preguntar: ¿Ha recibido una dosis de vitamina A en los últimos 6 meses
- HIERRO:** Si el niño o niña tiene de 6 meses a 2 años, preguntar, ¿Está recibiendo hierro todos los días? Si el niño o niña tiene 6 meses o más, preguntar: ¿Está recibiendo una dosis de hierro diario?
- Antiparasitario:** Si el niño o niña tiene 1 año o más, preguntar: ¿Ha recibido MEBENDAZOL o ALBENDAZOL en los últimos 6 meses?

Si la respuesta es negativa, ADMINISTRAR DOSIS según el cuadro de tratamiento de vitamina A, hierro y Mebendazol o Albendazol

*** Nota:** Si el niño presenta edema en ambos pies, la retención de líquido aumenta el peso del niño/a enmascarando el peso bajo. En este caso, marque el punto en las curvas de peso para la edad y peso para la longitud/talla, y además escriba cerca de los puntos marcados, en las curvas, que el niño/a presenta edema. Este niño o niña es considerado automáticamente como severamente desnutrido y debe ser referido para una atención especializada.

EVALUAR, CLASIFICAR EL CRECIMIENTO, LA ANEMIA Y DAR TRATAMIENTO

OBSERVAR, DETERMINAR E INTERPRETAR

- Determinar la longitud / talla.
- Interpretar longitud/talla para la edad.
- Determinar el peso.
- Interpretar peso para la edad.
- Peso para la logitud/talla.
- IMC para la edad.
- Verificar si hay edema generalizado (Kwashiorkor) o edema en ambos pies. *

ANEMIA

- Es palidez palmar intensa?
- Es palidez palmar leve?

NOTA: longitud para el niño/a menor de 2 años.
 Talla para el niño/a mayor de 2 años.

Clasificar

ENSEGUIDA, VERIFICAR SI EL NIÑO O NIÑA HA RECIBIDO

- VITAMINA A:** Si el niño o niña tiene más de 6 meses, preguntar: ¿Ha recibido una dosis de vitamina A en los últimos 6 meses?
- HIERRO:** Si el niño o niña tiene de 6 meses a 2 años, preguntar, ¿Está recibiendo hierro todos los días? Si el niño o niña tiene más de 2 años, preguntar: ¿Está recibiendo una dosis de hierro diario?
- Mebendazol:** Si el niño o niña tiene 1 año o más, preguntar: ¿Ha recibido MEBENDAZOL o ALBENDAZOL en los últimos 6 meses?

Evaluar Signos	Clasificar Como	Tratamiento
Peso para la longitud/ talla o IMC por encima de la puntuación Z3	OBESIDAD	Informe a la madre el resultado de la evaluación. - Si tiene una clasificación grave, referir urgente - Referir a especialista para una evaluación. - Investigue y trate la causa. Pág. 54 y 55 - Consejería nutricional y seguimiento cada 15 días, en caso de obesidad. Pág. 51, 52 y 53
Longitud/talla para la edad por encima de la puntuación Z3	MUY ALTO PARA LA EDAD	
Peso para la longitud/ talla o IMC por encima de la puntuación Z2	SOBREPESO	- Investigue causas: alimentación, actividades, antecedentes familiares. Pág. 54 y 55 - Referir para evaluación médica, o especializada. - Consejería nutricional. Pág. 51, 52 y 53 - Vigilar recuperación nutricional c/15 días.
Peso para longitud/ talla o IMC por encima de Z1	POSIBLE RIESGO DE SOBREPESO	
Peso para la edad por encima de de Z1, Z 2 o Z 3	SOSPECHA DE PROBLEMA DE CRECIMIENTO	
Peso para la longitud/ talla o IMC en el canal de la mediana (Entre la mediana y Z1)	NORMAL	- Felicite a la madre - Menor de 2 años, evaluar la alimentación, dar consejería nutricional. Pág. 51, 52 y 53 - Si tiene problema de alimentación citar en 5 días - Consejería en signos de peligro para su regreso inmediato. - Seguimiento: <1 año c/2 meses y > 1año 3 controles por año.
Longitud/talla para la edad en el canal entre la mediana y menor de Z3		
Peso para la edad en el canal de la mediana		
Palidez palmar intensa	ANEMIA GRAVE	Referir urgente al hospital
Palidez palmar leve	ANEMIA	- Evaluar alimentación y dar consejería nutricional - Dar hierro y seguimiento en 15 días
No tiene palidez palmar	NO TIENE ANEMIA	Felicite a la madre y de consejería nutricional y seguimiento en VPCD.

Si la respuesta es negativa ver el cuadro de tratamiento de vitamina A, hierro y Mebendazol

*** Nota:** Si el niño presenta edema en ambos pies, la retención de líquido aumenta el peso del niño enmascarando el bajo peso. En este caso, marque el punto en las curvas de peso para la edad y peso para la longitud/ talla, y además escriba cerca de los puntos marcados, en las curvas, que el niño presenta edema. Este niño o niña es considerado automáticamente como severamente desnutrido y debe ser referido a atención especializada.

EVALUAR, CLASIFICAR EL DESARROLLO Y DAR TRATAMIENTO

Preguntar	Observar y Verifique		Clasificar el DESARROLLO infantil	Evaluar Signos	Clasificar Como	Tratamiento
¿Cómo le fue durante este embarazo? ¿Cuánto tiempo duró? ¿Cómo fue este parto? ¿Cuánto pesó al nacer? ¿Presentó problema después del nacimiento? ¿Presentó algún problema de salud mas serio hasta hoy? ¿Ud. y el padre del niño o niña son parientes? ¿Existe alguna persona con un problema mental o físico en la familia? ¿Cómo y con quien acostumbra a jugar su niño o niña? ¿Dónde y con quién está el niño o niña la mayor parte del tiempo? ¿Qué actividades observa usted que realiza su hijo o hija? VERIFIQUE - Existen factores de riesgo social (escolaridad materna, nacimiento, depresión materna, alcoholismo, drogas, violencia, etc.). RECUERDE - Si el niño o niña pesa menos de 2.500 gramos, o si existe algún factor de riesgo, preste mucha atención a la evaluación de su desarrollo. - Si es un niño prematuro utilice edad corregida hasta los 12 meses edad cronológica.	Observe la forma como la madre sostiene al niño(a), si existe contacto visual y verbal de forma afectuosa entre ambos. Vea también los movimientos espontáneos del niño(a), si presenta interés por objetos próximos a él, por el ambiente en que se encuentra. 2 a 3 MESES - Mira el rostro de la madre o del observador. - Sigue con la mirada un objeto en la línea media. - Reacciona al sonido (mueve la cabeza y ojos). - Eleva la cabeza. 4 a 5 MESES - Responde al examinar. - Agarra objetos. - Emite sonidos. - Sostiene la cabeza. 6 a 8 MESES - Intenta alcanzar un juguete. - Se lleva objetos a la boca. - Localiza hacia el sonido. - Gira solo. 9 a 11 MESES - Juega a taparse y descubrirse. - Transfiere objetivos entre un mano y otra. - Duplica sílabas. - Se sienta sin apoyo. 12 a 14 MESES - Imita gestos. - Pinzas superior. - Jerga. - Camina con apoyo.	15 a 17 MESES - Ejecuta gestos a pedidos. - Coloca cubos en un recipiente. - Dice una palabra. - Camina sin apoyo. 18 a 23 MESES - Identifica dos objetos. - Garabatea espontáneamente. - Dice tres palabras. - Camina para atrás. 24 MESES - Se quita la ropa. - Construye una torre de tres cubos. - Señala dos figuras. - Patea una pelota. 3 AÑOS - Se alimenta solo. - Utiliza verbos, adjetivos y pronombres. - Sube escalera solo (a) y sin apoyo. 4 Años - Se viste y se calza solo. - Salta con los pies juntos. - Cumple órdenes complejas.		Uno de los siguientes signos: - Ausencia de uno o más de las condiciones para su grupo de edad. - PC <10 p, ó > 90p. - Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas.	PROBABLE ALTERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	- Interconsulte a personal más capacitado de la unidad de salud. - Refiera para atención al equipo multidisciplinario o unidad de salud de mayor resolución. - Consejería para estimulación temprana del desarrollo.
- Cumple con todas las conductas para su grupo de edad. - PC normal entre el 10 p y 90 p. - Ausencia o menos de 3 alteraciones fenotípicas. - Hay uno ó más factores de riesgo.				DESARROLLO ADECUADO CON FACTORES DE RIESGO	- Consejería para estimulación temprana. - Seguimiento en 30 días. Pág. 25 - Indique a la madre o acompañante los signos de alerta para volver antes.	
- Cumple con todas las conductas para su grupo de edad. - Perímetro cefálico normal. - Ausencia o menos de 3 alteraciones fenotípicas y - No tiene factores de riesgo.				DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO	- Felicite a la madre o acompañante. - Motive para continuar estimulando su desarrollo - Enseñe signos de alarma para volver antes. - Cita a VPCD: Si es < 1 año c/2 meses, si es > 1 año, hacer 3 controles por año. 5 años 2 controles por año.	

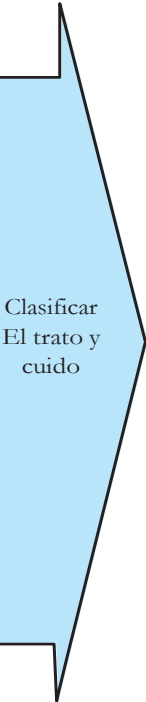
NOTA: Considerar la edad cronológica y la edad corregida. En niños o niñas prematuras se debe restar a la edad cronológica las semanas de gestación que no completó (gestación completa 40 semanas). Esta edad corregida se toma en cuenta hasta el año de edad, al realizar la evaluación del desarrollo y el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

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

EVALUAR, CLASIFICAR TRATO, VIOLENCIA SEXUAL Y DAR TRATAMIENTO

Observe si existe alguna lesión en el niño o niña
 Si la respuesta es afirmativa:

Pregunte	Observe y Determine
¿Cómo se produjeron las lesiones? ¿Cuándo se produjeron las lesiones? ¿Cómo corrige a su hijo? ¿Cómo solucionan los conflictos en el hogar? VERIFIQUE Existen factores de riesgos sociales (alcoholismo, drogas, violencia, hacinamiento etc.).	- Determinar si presenta lesiones físicas: - Sugestivas de maltrato: lesiones con la forma o huella de un objeto o lesiones en zonas posteriores, dorso de las manos, espalda y glúteos o cualquier fractura. - Inespecíficas: localizadas en áreas expuestas (en general son pocas, no tiene forma limitada, no tiene un patrón definido). - Determinar si presenta flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano. - Determinar si el niño/a expresa espontáneamente que es víctima de maltrato. - Determinar si existe discrepancia entre una lesión y la historia relatada como origen de la lesión. - Determinar si hay evidencia de alteración en el comportamiento del niño/a: agresivo, temeroso, retraído, evita el contacto visual y físico, presenta conductas autodestructivas o alteraciones del sueño. - Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores: descuidados, castigadores, a la defensiva, agresivos. - Determinar si el niño/a, está descuidado en su higiene: aseo, dientes, cabello, uñas. - Determinar si el niño/a, está descuidado en su salud: - La consulta es tardía para la causa: o - El esquema de vacunación está incompleto, o - El niño/a, está desnutrido.



Evaluar Signos	Clasificar Como	Tratamiento
Uno de los siguientes signos: - Lesión física sugestiva de maltrato. - Lesiones en genitales, o en ano. - El niño o niña expresa espontáneamente que es víctima de maltrato físico, o violencia o de violencia sexual.		- Tratar las lesiones y el dolor. - Referir si es necesario a un nivel de mayor resolución. - Notificar al Ministerio Público o Policía y reportar al Ministerio de la Familia para las medidas de protección y seguimiento. - Dar seguimiento para atención en salud mental.
Dos o más de los siguientes signos: - Lesiones físicas inespecíficas. - Comportamiento alterado del niño o niña. - Comportamiento alterado de los cuidadores. - Niño o niña descuidado en su higiene. - Niño o niña descuidado en su salud. - Hijo (a) de familia víctima de violencia intrafamiliar.	SOSPECHA DE MALTRATO	- Referir al personal más capacitado. - Reforzar comportamientos positivos de buen trato. - Promover medidas preventivas. - Reportar al Ministerio de la Familia para sus medidas de protección y seguimiento. - Reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez. - Seguimiento en 14 días. Pág. 25
- No tiene ninguno de los signos anteriores. - Buenas prácticas de cuido	BUEN TRATO	- Felicitar a la madre. - Reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez. - Reforzar comportamientos positivos de buen trato. - Recordar la próxima visita al VPCD. <1 año c/2 meses y >1 año c/3 meses.

ENSEGUIDA VERIFICAR ESQUEMA DE VACUNACION DEL NIÑO O NIÑA

CRONOGRAMA DE VACUNACION						
EDAD	Nacimiento	2 meses	4 meses	6 meses	1 año	Refuerzo
Vacuna	BCG	Pentavalente -1 OPV-1 Rotavirus -1 Neumococo -1	Pentavalente -2 OPV-2 Rotavirus -2 Neumococo-2	Pentavalente -3 OPV-3 Rotavirus -3 Neumococo-3	MMR	OPV: En cada jornada hasta cumplir los 5 años de edad. DPT: Al año de la última dosis de Pentavalente

EVALUAR OTROS PROBLEMAS

CERCIORESE DE QUE EL NIÑO O NIÑA QUE PRESENTE CUALQUIER SIGNO DE PELIGRO SEA REFERIDO después de recibir la primera dosis de un antibiótico apropiado y cualquier otro tratamiento de urgencia.
 Excepción: En la Deshidratación Grave, los signos de peligro podrían resolverse con la rehidratación indicada en el Plan C, en cuyo caso no será necesario referir.

TRATAMIENTO

ADMINISTRAR LOS TRATAMIENTOS Y SEGUIR LOS PROCEDIMIENTOS INDICADOS EN EL CUADRO EVALUAR Y CLASIFICAR

ENSEÑAR A LA MADRE A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS POR VIA ORAL EN CASA

Seguir las instrucciones que figuran a continuación para todos los medicamentos orales que deban administrarse en casa

- Enseñar lavado de manos con agua y jabón antes de preparar y administrar medicamentos.
- Seguir instrucciones del cuadro de dosificación de los medicamentos.
- Determinar los medicamentos y dosis apropiada según edad y peso del niño.
- Explicar a la madre la razón por la cual se administra el medicamento al niño.
- Mostrarle como medir la dosis y entregar el procedimiento por escrito.
- Observar a la madre, mientras practica la medición de la dosis.
- Pedir a la madre que administre la primera dosis.
- Si tiene que administrar más de un medicamento, contar y envasar cada medicamento por separado (si corresponde)
- Explicarle que los medicamentos deben administrarse hasta que termine el tratamiento aunque el niño o niña mejore.
- Verificar que la madre ha entendido todos los procedimientos antes de que se vaya de la unidad de salud.
- Aconseje que debe mantener los medicamentos en lugar seguro fuera del alcance de los niños.

Aplicar GOTAS OTICAS DE CIPROFLOXACINA AL 0.2% PARA LA OTITIS CRONICA

- Aplicar 2 gotas en cada oído, cada 12 horas por 7 (14) días

DAR UN ANTIBIÓTICO ORAL APROPIADO PARA LA NEUMONIA Y OTITIS MEDIA AGUDA

Amoxicilina 80-90 mg/kg/día cada 12 horas por 5 días, ó Penicilina G Procaínica a 50,000 UI/Kg/día por 5 días.

Para Leptospirosis Amoxicilina 50 mg/kg/día cada 12 horas por 5 días. o Procaínica,

PESO (Kg)	AMOXICILINA (250mg/5mL) Dar cada 12 horas Neumonía y Otitis media Aguda DOSIS	AMOXICILINA Susp. (250 mg/5mL) Dar cada 12 horas leptospirosis DOSIS	P. PROCAINICA (800,000 UI) Añadir 3.5 mL de agua estéril al frasco para una solución de 200,000UI / mL DOSIS
3 a 5	4mL	2.5mL	1 mL
6 a 9	6mL	5 mL	2 mL
10 a 14	10mL	7.5mL	3 mL
15 a 19	14mL	10 mL	5 mL
20 a 29	20mL	15 mL	6 mL

Nota: En Mastoiditis, neumonía grave o una enfermedad muy grave aplicar la primera dosis de Penicilina Procaínica y referir URGENTE a Unidad de Salud de mayor resolución.

PARA LA DISENTERIA

(Diarrea con moco y sangre)

Antibiótico de elección: Furazolidona 5 – 9 mg/ kg/día cada 6 horas por 5 días

PESO (Kg)	FURAZOLIDONA (Susp. 50mg/ 15mL)	Frecuencia
3 a 5	1.5 mL – 2.5 mL	Cada 6 horas por 5 días
6 a 9	3 mL – 5 mL	
10 a 14	5 mL - 7.5 mL	
15 a 19	7.5 mL – 10 mL	
20 a 29	10 mL – 15 mL	

Nota: Tiene efecto sobre microorganismos productores de diarrea con moco y sangre: Cólera, Giardiasis y Amibiasis

Nota: No usar en niños/a, menores de 1 mes. Ni exceder dosis > 400 mg/ día

ADMINISTRAR LOS TRATAMIENTOS QUE FIGURAN A CONTINUACION EN LA UNIDAD DE SALUD

- Explicar a la madre la razón por la cual se administra el medicamento
- Determinar la dosis apropiada para el peso del niño o niña (o para su edad)

ADMINISTRAR UN ANTIBIOTICO POR VIA INTRAMUSCULAR

Dar un antibiótico para la amigdalitis

- Dar una dosis única intramuscular de penicilina Benzatínica

EDAD	P. Benzatínica 600,000 UI. Diluir en 2.5 mL y aplicar
2 a 4 años	3 mL
5 años	6 mL (2 frascos)

* Diluir el frasco de 600,000 UI en 2.5 mL de agua estéril, para un volumen total de 3 mL.

** Diluir el frasco de 1,200, 000 UI en 5 mL de agua estéril, para un volumen total de 6 mL.

NOTA: Si es alérgico a la Penicilina, indicar Azitromicina 50mg/kg/día, cada 6 horas por 7 días.

Dar antibiótico en caso de referencia

Los niños o niñas clasificados como Enfermedad muy grave, Neumonía grave, Enf. Febril muy grave o Mastoiditis se debe dar una dosis de Penicilina Procaínica en la unidad de salud y referir URGENTE al hospital. Frasco de 800,000UI. Añadir 3.5 mL, de agua estéril y administrar así:

EDAD	Penicilina Procaínica (800,000 UI). Dosis 50,000 UI /Kg/día	Vía de administración
2 a 3 meses	1 mL	Intramuscular
4 a 6 meses	1.5 mL	
7 a 11 meses	2 mL	
1 a 2 años	2 mL	
3 años	3 mL	
4 años		

* Dilución: añadir 3.5 mL de agua estéril al frasco de 800,000 UI para obtener una solución de 200,000 UI / mL.

BRONCODILATADOR DE ACCION RAPIDA

Salbutamol aerosol de dosis medida (100 mcg)	2 puff en espaciador de volumen de bajo costo o improvisado repetir a los 20 minutos (3 veces) y luego cada 4 horas. Deje que el niño/a respire hasta 6 veces
Nota: Ver Pág. 47: Técnica con espaciador.	
Salbutamol nebulizado	0.5 mL salbutamol más 3 mL solución salina c/20 minutos por 3 dosis
Epinefrina subcutánea (Adrenalina) (1:1000=0.1%)	0.01 mL por kg de peso

ADMINISTRAR DIAZEPAM POR VIA RECTAL

- Explicar a la madre la razón por la cual se administra el medicamento.
- Determinar la dosis apropiada.

Dar Diazepam para las convulsiones

(ver procedimiento en anexo)

DIAZEPAM solución de 10 mg/2 mL DOSIS: 0.1mg/kg/dosis vía rectal	
EDAD / PESO	DOSIS
2 a 3 meses (4 -5 kg)	0-2- 0.3 mL
4 meses a 11 meses (6 – 9 Kg)	0.4 mL- .5mL
1 – 3 años (10- 13 Kg)	0.6mL- 0.8 mL
4- a 5 años (14 – 19 kg)	1mL-.1..2 mL

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

MANEJO CLINICO DE CASOS SOSPECHOSOS DE DENGUE SEGUN CLASIFICACION

Sales de Rehidratación Oral (SRO) en casos de sospecha de dengue sin signos de alarma. Grupo A:

Calcular de acuerdo al peso en Kg, Líquidos de mantenimiento y sumarle el déficit de 5 %.

Peso (Kg).	Líquidos a administrar en 24 horas: Dosis de mantenimiento + dosis de déficit de 5 %
< de 10 Kg	Calcular a 100 mL./ kg de peso para 24 horas. Dividir entre 24 horas y luego entre 30mL para dar las onzas por c/ hora..
10 a 19 kg.	Calcular primeros 10 kg por 100mL + el peso restante por 50 mL para 24 horas
20 ó más kg	Calcular primeros 10 kg por 100mL + segundos 10 kg por 50 mL /kg + el peso en kg restante por 20 mL /kg en 24 horas.

Luego de calcular los líquidos para 24 horas, divida el total entre 24 horas del día y despues entre 30mL para calcular las onzas a administrar cada hora. Evalúe tolerancia a SRO y vigile condición hemodinámica. (Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, Llenado capilar, calidad de pulsos periféricos, diuresis/Kg/hora).

Grupo B: Manejo de casos Dengue con signos de alarma sin ser caso grave: Asegure vía periférica, Administre Solución salina normal o Lactato Ringer

- Comenzar a 10 mL/Kg/dosis IV en una hora y valorar:
 - Si persiste signo alarma repetir a 10 ml/Kg IV en 1 hora.
 - Si no hay mejoría, manejar como paciente C.
- Pero si mejora bajar a 5-7mL,/Kg/dosis IV en 1 hora y valore;.
- Mejora: Bajar a 3-5 mL/Kg/dosis IV en 1 hora y valore:
- Mejora Pasar a 3 mL/kg/dosis IV en 1 hora, y luego
- Dejar líquidos de mantenimiento IV por 24 a 48 horas y vigile condición hemodinámica cada 4. .6 horas, Sol. 77; Potasio requerimientos 2 mEq/Kg/día.
- Luego de estabilizar refiera a Unidad de Salud de mayor resolución, si no tiene las condiciones para su manejo. Ver Guía de Dengue.

Grupo C: Manejo URGENTE Dengue grave o Shock / dengue: Maneje en área de Shoque o de Emergencia: Utilice SSN o Hartman, Canalice vía periférica segura. Previa valoración rápida DECIDA:

Shock descompensado:

1. Inicie carga volumétrica a 15-20 mL/Kg/ dosis en 15 minutos.

No mejora

2. Repita segunda carga 15-20 ml /Kg/dosis 15 minutos.

No mejora

3. Administre tercera carga a 20Kg/ml/dosis en 15minutos.

SI Mejora:	EVALUE Y DECIDA según:	No Mejora:
Líquidos IV 10mL/Kg/dosis en 1 hora, continúe disminución gradual y re fiera urgente.	PA. Diuresis, calidad de pulsos, signos vitales, llenado capilar, calidez de extremidades, estado de conciencia	Valore uso de aminos y refiera urgente con líquidos IV a unidad de salud de mayor resolución

Parámetros a evaluar en el niño/a con Dengue

Parámetro	Circulación Estable	Choque Inicial	Choque con
Nivel de Conciencia	Claro, Lúcido	Claro, Lúcido	Inquieto, Letárgico
Llenado Capilar	< 2 segundos	De 2 a 3 Segundos	De 4 a más
Extremidades	Cálidas, Rosadas	Frías	Frías, Pegajosas
Calidad del Pulso Periférico	Fuerte, Vigoroso	Débil no Vigoroso	Débil o Ausente
Frecuencia Cardíaca	Normal	Taquicardia	Taquicardia Bradicardia en Choque tardío
Presión Sanguínea	Presión Arterial y Presión de Pulso Normal para la Edad	PAS Normal PAD puede estar aumen- tada Presión de Pulso entre 30 y 20 mm Hg, Hipotensión postural	Presión de Pulso ≤ 20 mm Hg, Hipotensión PA No detectable
Frecuencia Respiratoria	Normal para la edad	Taquipnea	Hiperapnea o Respiración de Kussmaul, Acidosis
Gasto urinario	Normal	Disminución del Volumen Urinario	Oliguria o Anuria

ENSEÑAR A LA MADRE A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS POR VIA ORAL EN CASA

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

Dar un antimalárico oral

Explicar a la madre que debe prestar mucha atención al niño durante 30 minutos después de darle una dosis de cloroquina. Si el niño vomita dentro de los 30 minutos siguientes a la dosis, la madre debe repetir la dosis o volver a la unidad de salud para que le den otra dosis. Explicar que la comezón es uno de los posibles efectos colaterales del remedio, pero que no hay peligro.

EDAD	CLOROQUINA Dar durante 3 días			PRIMAQUINA Dar durante 7 días						
	COMPRIMIDOS (150mg de cloroquina base)			COMPRIMIDO 5 mg						
	DIA 1	DIA 2	DIA3	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
< 6 MESES	1/4	1/4	1/4							
6 A 11 MESES	1/2	1/2	1/2	1	1	1	1	1	1	1
1 A 2 AÑOS	1	1/2	1/2	2	2	2	2	2	2	2
3 a 4 AÑOS	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3

Dar Acetaminofén para fiebre alta (38.5 oC o más), el dolor de oído o garganta
 dar Acetaminofén cada 6 horas hasta que pase la fiebre alta, el dolor de oído o de garganta

PESO (Kg)	Acetaminofén (15 mg/kg/dosis)	
	Gotas (5mg/gota) 100 mg / mL	Jarabe (120mg/5mL)
3 a 5	8 – 12	1.5 mL - 2,5
6 a 9	15 - 22	3 mL – 5 mL
10 a 14	24 - 34	7.5 mL – 8 mL

DAR SUPLEMENTACIÓN DE ZINC PARA LA DIARREA, el niño/a emaciado y con baja talla				
Edad	DIARREA (tab. 20 mg, o fco 20 mg/5mL)		Niño/a emaciado o con baja talla (tab. 20 mg, o fco 20 mg/5mL)	
Menor de 6 meses	½ tab.	2.5 mL		
6 meses a 4 años	1 tab.	5 mL	½ tab.	2.5 mL
FRECUENCIA	1 v/día por 14 días		1v/día por 3 meses (12 semanas)	

Nota: En caso de gluconato zinc tab. 50mg: Dar: ¼ tab al menor de 6 meses y de 6m a 4 años ½ tab.

Dar Vitamina A

- Dar una dosis cada 6 meses a todos los niños a partir de los 6 meses de edad
- En casos de diarrea persistente, sospechoso de sarampión o desnutrición grave:
 - Niños de 2 a 5 meses: dar una dosis
 - A partir de los 6 meses: dar una dosis adicional

EDAD	PRESENTACION	
	GOTAS 25,000 UI /gota	CAPSULAS 200,000 UI
< 6 meses	2 gotas (50,000 UI)	1 gota (50,000 UI)
6 a 11 meses	4 gotas (100,000 UI)	2 gotas (100,000UI)
1 a 4 años	8 gotas (200.000 UI)	1 cápsula

EDAD	Sulfato ferroso 15 mg/0.6 mL (25 mg de hierro elemental/ mL) Dosis: 4 mg/kg día de hierro elemental
2 a 3 meses	4 mg/kg/día o 10 gotas/día
4 a 11 meses	4 mg/kg/día o 20 gotas/día
1 a 2 años	4 mg/kg/día o 40 gotas/día
3 a 4 años	4 mg/kg/día o 50 gotas/día

Dar Hierro de forma Preventiva

- Seguir las recomendaciones de acuerdo a las normas de suplementación preventiva del MINSA.
- En caso de recién nacidos pretérminos y Bajo Peso al Nacer, debe dársele a partir de los 28 días de nacido a dosis de 3 mg / kg/ día, ajustando cantidad según aumento de peso.

GRUPO DE EDAD	GOTAS (frasco de 30 mL) Sulfato ferroso 15 mg/0.6 mL (25 mg de hierro elemental / mL) DOSIS
1 a 5 meses	3 mg / kg/ día
6 meses a < de 2 años	1 a 2 mg/kg/día o 15 gotas/día
2 a 4 años	2 a 3 mg/kg/día o 30 gotas/día

Tratamiento antiparasitario (giardia lamblia, ascariasis)

- A partir del 1 año de edad.
- El niño mayor de 1 año no recibió ninguna dosis en los últimos 6 meses.
- Dar 600 mg de mebendazol así: Tableta de 100mg 2 veces por día durante 3 días o si es en frasco 5 mL cada 12 horas por 3 días.
- Dar 400 mg de albendazol en una sola dosis en tableta o en frasco.
- Desparasitario cada 6 meses.

ENSEÑAR A LA MADRE A TRATAR LAS INFECCIONES LOCALIZADAS

Secar el oído con una mecha

- Indicar a la madre la importancia del lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Secar el oído por lo menos tres veces por día hasta que esté seco y limpio.
 - Retorcer un paño absorbente formando una mecha.
 - Colocar la mecha en el oído del niño o niña.
 - Retirar la mecha cuando esté empapada.
 - Con una mecha limpia, repetir el procedimiento hasta que el oído esté seco.
 - No se le debe dejar la mecha en el oído.
- No permitir que le entre agua al oído.
- No aplicar ningún tipo de solución o remedio.

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

- Remedios caseros que se recomiendan
 - Lecha materna: Si el niño está amamantando o es menor de 6 meses.
 - Otros remedios como agua con miel, té de zacate de limón, canela, manzanilla, eucalipto, orégano, al niño de 6 meses o más.
- Remedios nocivos cuyo uso no se recomienda:
 - Antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos y mucolíticos.

TRATAMIENTO PARA ADMINISTRAR EN UNIDAD DE SALUD Y EN CASA EN CASO DE SIBILANCIA

Salbutamol inhalado: Enseñar a la madre a usarlo con un espaciador de volumen y si es necesario agregar:

Beclometasona 50 mcg inhalado: 2 puff c/12 hrs

Prednisona: 1mg/kg/día dar 1 vez/día por 5 días. A partir de la segunda dosis, administrar a las 7 am ó 4 pm. Diluir con agua azucarada o dar con miel.

Si no dispone del inhalador indicar:

Explicar a la madre la razón por la cual se administra el medicamento.

- Determinar la dosis apropiada para el peso del niño o niña (o para su edad).

ADMINISTRAR LOS TRATAMIENTOS QUE FIGURAN A CONTINUACIÓN SOLO EN CASO DE SIBILANCIA

Déle un **broncodilatador** de acción rápida inhalado o subcutáneo, según disponibilidad, una dosis cada 20 minutos y repetir hasta 3 veces como máximo. Antes de la aplicación de cada dosis, debe ser evaluado en el niño la mejoría de la sibilancia.

SI:	ENTONCES:
Tiene “dificultad respiratoria” o cualquier signo de peligro.	Dar prednisona oral Tratar como NEUMONIA GRAVE O COMO ENFERMEDAD MUY GRAVE (Refiéralo)
No tiene “dificultad respiratoria”, pero tiene respiración rápida y sibilancia	Tratar como NEUMONIA dar salbutamol en aerosol según cuadro de tratamiento y prednisona oral
No tiene “dificultad respiratoria” ni respiración rápida	Tratar como NO ES UNA NEUMONIA: TOS O REFRIADO y déle salbutamol según cuadro

Peso kg	Salbutamol Inhalado (spray)	Salbutamol nebulizado (0.5 mg/ mL) Dosis 0.15mg/kg/d)	Beclometasona Spray (50mcg/puff)	Prednisona (Tab. 5mg)
3 a 5	2 puff con espaciador de volumen. (dejando que el niño/a respire hasta 6 veces entre cada puff, cada 4 horas	0.3 ml Después de los 15 kg 0.5 mL de salbutamol con 3 mL de solución salina cada 20 minutos por 3 dosis. Garantizar que cada mascarilla esté previamente esterilizada para cada niño/a que la va a utilizar	2 puffc/12h X 30 días	1 tab.
6 a 9				1 y 1/2 tab
10 a 14				2 tab
15 a 19				3 y 1/2 tab.
20 a 29				5 tab.

TRATAR AL NIÑO O NIÑA PARA EVITAR LA HIPOGLUCEMIA

- Si el niño o niña puede tomar el pecho:
 - Decir a la madre que le dé el pecho más frecuente.
- Si el niño o niña no puede tomar el pecho pero puede tragar:
 - Darle leche materna extraída. Si eso no es posible darle agua azucarada.
 - Dar al niño de 30 a 50 mL de leche materna o agua azucarada durante el trayecto a la unidad de salud remitida.
Preparar el agua azucarada: 4 cucharaditas de azúcar al ras (20 g) en 200 mL de agua limpia.
- Si el niño o niña no puede tragar:
 - Darle leche materna con jeringa, gotero o cucharita. Si no es posible, dar 50 mL de agua azucarada por una sonda nasogástrica. (Ver Pág 81).

PLAN A: tratar la Diarrea en casa

Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en casa: darle más líquidos, dar suplemento terapéutico de zinc, continuar alimentándolo y cuándo regresar.

1. Darle mas líquidos (todo lo que el niño acepte)

- **DAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES A LA MADRE:**

- Darle el Pecho con frecuencia, durante más tiempo cada vez.
- Si el niño/a es menor de 6 meses dar leche materna, y SRO.
- Si tiene 6 meses o más, además de leche materna, darle líquidos habituales incluyendo SRO, agua de arroz, agua de coco, atoles sin azúcar o agua limpia.

ES ESPECIALMENTE IMPORTANTE DAR SRO EN CASA:

- Si durante esta consulta el niño o niña recibió el tratamiento del Plan B o C.
- Si el niño o niña no podrá volver a la unidad de salud y la diarrea empeora.
- **ENSEÑAR A LA MADRE A PREPARAR Y A DAR SRO EN CASA**
 - Entregarle a la madre dos paquetes de SRO para usar en casa.
- **MOSTRAR A LA MADRE LA CANTIDAD DE LÍQUIDO QUE DEBE DARLE AL NIÑO O NIÑA EN CASA, ADEMÁS DE LOS LÍQUIDOS QUE LE DA HABITUALMENTE**
 - menor de 2 años: 1/2 a 1 taza (50 a 100 ml) después de cada evacuación
 - mayor de 2 años: 1 a 2 tazas (100 a 200 ml) después de cada evacuación
- **DAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES A LA MADRE**
 - Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquido con una taza o vaso.

PLAN B: Tratar algún grado de deshidratación con SRO

Administrar durante CUATRO HORAS en la unidad de salud a libre demanda, usando taza o vaso y cucharita

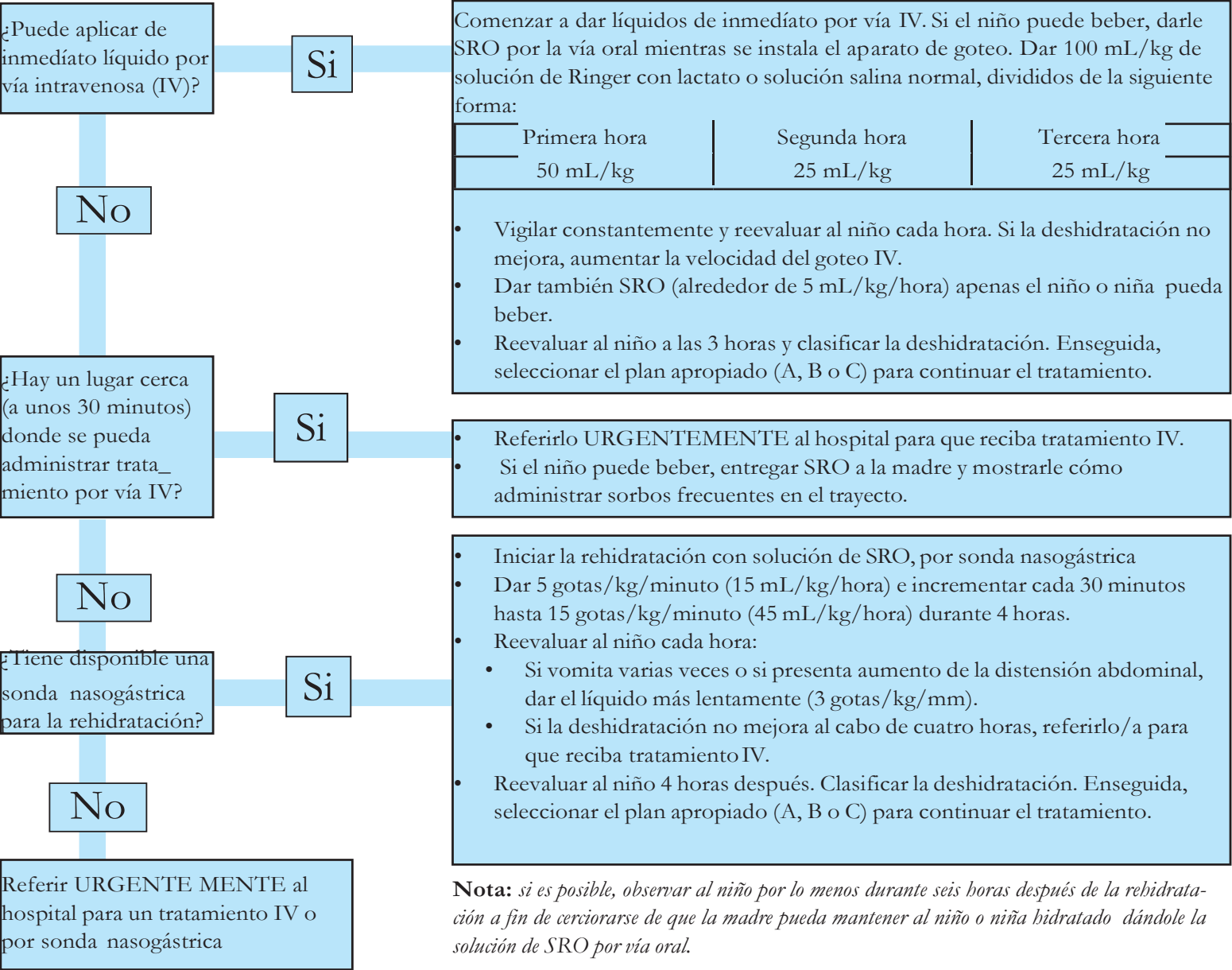
- **DETERMINAR LA CANTIDAD DE SRO QUE DEBERÁ ADMINISTRARSE DURANTE LAS PRIMERAS CUATRO HORAS:**
 - La cantidad aproximada de SRO necesaria (en mL) puede calcularse multiplicando el peso del niño (en Kg.) por 100 mL para las 4 horas.
 - Si el niño quiere más SRO que la cantidad indicada, darle más.
 - Si no hay pesa en la unidad de salud, dar SRO a libre demanda.
- **MUESTRE A LA MADRE CÓMO SE ADMINISTRA LA SOLUCIÓN DE SRO:**
 - Dar con frecuencia pequeños sorbos de líquido con una taza o cuchara.
 - Si vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.
 - Continuar dándole lactancia materna.
- **CADA HORA:**
 - Reevaluar al niño o niña y clasificar la deshidratación.
 - Seleccionar el plan apropiado para continuar el tratamiento.
 - Permitir alimentar al niño o niña, previo lavado de manos.
- **CUATRO HORAS DESPUÉS:**
 - Si el niño o niña recuperó su hidratación déle alta
 - Explique las cuatro reglas de tratamiento en casa.

1. DARLE MAS LÍQUIDOS
2. DAR SUPLEMENTO TERAPÉUTICO DE ZINC
3. CONTINUAR ALIMENTÁNDOLO
4. CUANDO REGRESAR

➔ **SI EL NIÑO O NIÑA CONTINÚA VOMITANDO Y NO RECIBE SUFICIENTE LÍQUIDOS PASE A HIDRATARLO A TRAVÉS DE SNG** o bien si puede canalizar vena periférica administre carga volumétrica a 10mL/Kg/ dosis de Solución Hartman, o Solución Salina Normal al 0.9% y valore estado de hidratación, si aún persisten vómitos, administre una segunda carga a 10mL/Kg/ dosis y refiera URGENTE a Unidad de Salud de mayor resolución.

PLAN C: Tratar rápidamente la deshidratación grave

Seguir las flechas, si la respuesta es afirmativa, ir hacia la derecha; si la respuesta es negativa, ir hacia abajo



VACUNAR AL NIÑO, SEGÚN LAS INDICACIONES

Nota: si es posible, observar al niño por lo menos durante seis horas después de la rehidratación a fin de cerciorarse de que la madre pueda mantener al niño o niña hidratado dándole la solución de SRO por vía oral.

PROPORCIONAR ATENCION DE REEVALUACION Y SEGUIMIENTO. NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

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

NEUMONÍA

Después de dos días:

Examinar al niño o niña para determinar si
Presenta signos generales de peligro.
Evaluar para determinar si tiene tos o
dificultad para respirar.



Consultar
el cuadro
**EVALUAR y
CLASIFICAR**

Observe y pregunte:

- ¿El niño o niña respira más lentamente?
- ¿Persiste la fiebre?
- ¿Está comiendo mejor?

Tratamiento:

- Si hay tiraje subcostal o algún signo general de peligro, dar una dosis de un antibiótico por vía intramuscular. Enseguida, referir URGENTE al hospital.
- Si la frecuencia respiratoria, la fiebre y la alimentación siguen iguales, dar una dosis de un antibiótico por vía intramuscular y referir.
- Si la respiración es más lenta, si ha disminuido la fiebre o si come mejor, completar el tratamiento de 5 días con antibióticos orales.
- Si persiste la sibilancia, continuar con salbutamol hasta completar los 5 días.

DIARREA PERSISTENTE

Después de 1 día:

Preguntar	Verificar
• ¿Paró la diarrea? • ¿Cuántas veces por día tiene el niño o niña una evacuación acuosa? • ¿Ha tolerado la alimentación?	• Aumento de peso

Tratamiento:

- Si la diarrea no ha parado (continúa teniendo por lo menos tres evacuaciones acuosas por día), realizar un nuevo examen completo del niño/a. Administrar el tratamiento necesario, según el resultado de la evaluación. Enseguida, referirlo al hospital.
- Si la diarrea paró (tiene menos de tres evacuaciones acuosas por día), decir a la madre que continúe dando la alimentación habitual según el cuadro RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACION DEL NINO O NIÑA.

DISENTERÍA

Después de 1 día:

Evaluar al niño/a con respecto a la diarrea. Consultar el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR.

Pregunte:

- ¿Disminuyeron la frecuencia de las evacuaciones?
- ¿Hay menos sangre en las heces?
- ¿Bajó la fiebre?
- ¿Disminuyeron los dolores abdominales?
- ¿El niño se está alimentando mejor?

Tratamiento:

- Si el niño está **deshidratado**, tratar la deshidratación y referir al hospital
- Si la cantidad de evacuaciones, la cantidad de sangre en las heces, la fiebre, el dolor abdominal o la alimentación sigue igual o ha empeorado: **Referir al hospital**
- Si el niño o niña evacúa menos, hay menos sangre en las heces, ha disminuido la fiebre, le duele menos el abdomen y está comiendo mejor, continuar con el mismo antibiótico y tratamiento hasta terminarlo.

PROPORCIONAR ATENCION DE REEVALUACION Y SEGUIMIENTO. NIÑO(A) DE 2 MESES A 5 AÑOS

- Atender al niño o niña que regresa para una consulta de reevaluación y seguimiento de acuerdo con las clasificaciones anteriores del niño o niña.
- Si el niño o niña presenta un problema nuevo, evaluar, clasificar y tratar el problema nuevo según el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR

MALARIA (en áreas de riesgo)

Si la fiebre persiste después de 1 día o si vuelve dentro de 14 días:

Hacer un nuevo examen físico completo. } Consultar el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR.

Examinar al niño o niña para determinar si presenta otras causas de fiebre.

Revisar el examen de gota gruesa para confirmar o descartar el caso.

Tratamiento:

- Si presenta **cualquier signo general de peligro o rigidez de nuca**, tratar como una ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE.
- Si presenta **cualquier otra causa de fiebre que no sea malaria**, administrar tratamiento.
- Si **tiene 7 días o más con fiebre**, referir al hospital para una evaluación.
- Si **la malaria es la única causa aparente de fiebre**, referir al hospital.
- A todo caso de malaria por *R. falciparum* deberá realizársele un examen de gota gruesa a los 5, 14 y 60 días

Para todo paciente febril O SOSPECHA DE DENGUE

(en áreas de riesgo de malaria)

Después de 1 día:

Hacer un nuevo examen físico completo. } Consultar el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR.

Reevalúe signos de alarma, evaluación hemodinámica y tolerancia a vía oral, SRO

Tratamiento:

- Si presenta **cualquier signo general de peligro o rigidez de nuca**, tratar como una ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE.
- Si tiene signos de alarma, o de gravedad de sospecha de Dengue: **Maneje según cuadro de procedimientos y considere referir a unidad de mayor resolución.**
- Si presenta **cualquier otra causa de fiebre**, administrar tratamiento.
- Si **sospecha Dengue y hay mejoría continúe seguimiento en 1 a 2 días. Recomendando hidratación adecuada y signos de alarma para volver de inmediato.**

EN ÁREAS DE ALTO RIESGO de MALARIA:

- Si la **fiebre persiste y no se encuentra causa aparente de fiebre**, tomar gota gruesa y tratar como MALARIA, inicie un antimalárico de primera línea. Cite para ---> Si la fiebre persiste desde hace 7 días, referir al hospital para una evaluación.

SOSPECHOSO DE SARAMPIÓN

Después de 1 día:

Hacer un examen completo } Consultar el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR

- Si presenta **cualquier signo general de peligro, estridor, tiraje subcostal, respiración rápida, diarrea con deshidratación o supuración de oído**, REFERIR AL HOSPITAL.
- Si **presenta supuración en los ojos**, administrar un tratamiento local.
- Si **tiene 7 días o más con fiebre**, referir al hospital para una evaluación.

PROBLEMA DE OÍDO

Después de 3 días:

Reevaluar el problema de oído.

Tomar la temperatura.

Tratamiento:

Si hay una tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja o fiebre alta (38.5°C o más), referir URGENTEMENTE al hospital, aplicando en la unidad de salud la primera dosis de un antibiótico por vía intramuscular.

- Otitis media aguda: Si el dolor del oído o la supuración persiste, tratar con el mismo antibiótico durante 5 días más. Continuar secando el oído con mechas. Hacer el seguimiento 5 días después.
- Otitis media crónica: Comprobar que la madre esté secando el oído correctamente con mechas. Incentivarla para que continúe. Revisar si recibió tratamiento. Si no mejora referir al especialista.
- Si no hay dolor de oído ni supuración, elogiar a la madre por el tratamiento cuidadoso dispensado. Si todavía no ha terminado el tratamiento de 7 días con antibióticos, decirle que continúe administrándolo hasta que lo termine.

PROPORCIONAR ATENCION DE REEVALUACION Y SEGUIMIENTO

- Atender al niño que regresa para una consulta de reevaluación y seguimiento e acuerdo con las clasificaciones anteriores del niño
- Si el niño presenta un problema nuevo, evaluar, clasificar y tratar el problema nuevo el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR

Después de 15 días si es menor de 2 años, o

Después de 30 días si es mayor de 2 años:

Pesar al niño y determinar si su peso sigue siendo muy bajo para la edad. Tallar al niño o niña

Reevaluar la alimentación.

- Consultar las preguntas en la parte superior del cuadro ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE, para vigilar la tendencia de crecimiento.

Tratamiento:

- Si las tendencias del crecimiento es ascendente, elogiar a la madre.
- Si las tendencias del crecimiento se mantiene horizontal o es descendente, aconsejar a la madre con respecto a los problemas de alimentación. Dar cita a los 14 días si es menor de 2 años o dentro de un mes si tiene entre 2 y 4 años. Continuar evaluando c/ 14 días o una vez por mes, según corresponda, hasta que esté alimentándose bien y aumentando de peso, o hasta que su peso ya no sea muy bajo para la edad. Verifique que está tomando el zinc.
- Identificar retardo en talla y dar consejería sobre alimentación
- Si no hay palidez palmar dar hierro en forma preventiva.

Excepción: Si la tendencia persiste horizontal en dos consultas de seguimiento, referirlo

Si tiene OBESIDAD de seguimiento cada 15 días

Remitir al PROCOSAN en su comunidad, o a los Centros Infantiles comunitarios CICOS.

ANEMIA

Después de 14 días:

Reevaluar el problema de palidez.

Dar hierro.

- Dar instrucciones a la madre para que vuelva 14 días después para que el niño reciba más hierro y verificar la adherencia (☑).

Continuar administrando hierro durante 2 meses.

Si presenta palidez palmar después de 2 meses, referirlo al hospital para una evaluación, de lo contrario completar hierro durante otros dos meses (hasta completar 4 meses).



Consultar el cuadro EVALUAR
Y CLASIFICAR.

SI FUESEN NECESARIAS MÁS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO, SEGÚN LOS RESULTADOS DE LA PRIMERA CONSULTA O DE ESTA, INFORMAR A LA MADRE SOBRE LA PRÓXIMA CONSULTA DE SEGUIMIENTO. INDICAR TAMBIÉN A LA MADRE LOS SIGNOS DE PELIGRO PARA SU REGRESO INMEDIATO (CONSULTAR EL CUADRO ACONSEJAR)

Después de 5 días:

Reevaluar la alimentación.

Consultar las preguntas en la parte superior del cuadro ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE. Preguntar sobre cualquier problema de alimentación que se haya constatado en la primera consulta.

- Aconsejar a la madre con respecto a cualquier problema de alimentación nuevo o persistente. Si se recomienda a la madre que haga cambios importantes en la alimentación, decirle que vuelva a traer al niño.
- Si el niño/a, es menor de 2 años y tiene peso muy bajo para la edad, decir a la madre que vuelva 14 días después de la primera consulta para determinar si la tendencia es ascendente.
- Si el niño/a, tiene 2 a 4 años y tiene peso muy bajo para la edad, decir a la madre que vuelva 30 días después de la primera consulta para determinar si la tendencia es ascendente.
- Si la tendencia persiste horizontal o descendente en dos consultas de seguimiento, REFERIR

ALTERACIONES DEL DESARROLLO DE DESARROLLO

Después de 30 días:

- Si tiene desarrollo psicomotor adecuado y cumple con las condiciones para su edad, elogie a la madre y alíentela a continuar estimulando el desarrollo de su hijo.
- Si tiene desarrollo psicomotor adecuado con factores de riesgo, porque no cumple algunas de las condiciones para su edad:
 - Orientar a la madre para que tanto ella como otros miembros de la familia mantengan un estímulo constante del niño o niña (Ver guía de estimulación en anexo VIII).
 - Refiera para estimulación temprana.

SOSPECHA DE MALTRATO O VIOLENCIA SEXUAL

Después de 14 días:

- Realizar la evaluación completa del niño o niña nuevamente y preguntar si asistió a consulta con el profesional de más experiencia a quien fue remitido:
 - Si no asistió a consulta, compruebe si existe alguno de los criterios para clasificar como COMPATIBLE CON MALTRATO FÍSICO Y/O ABUSO SEXUAL, trate como ha sido indicado en el Cuadro de Procedimientos. Cite en 14 días.
 - Si asistió a consulta con el profesional recomendado, estimule que siga las indicaciones orientadas y refuerce comportamientos positivos

Puede ser nuevamente evaluado en la consulta de VPCD, realizar la evaluación completa:

- Si el niño continúa igual: converse nuevamente con la madre sobre la mejor forma de educar al niño y la importancia de mejorar la higiene, su cuidado y educación.
- Si el niño ha empeorado: proceda de acuerdo con los cuadros de procedimientos EVALUAR Y CLASIFICAR
- Refiera o notifique al Ministerio Público y Ministerio de la Familia.

ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE SOBRE LA ALIMENTACION

Evaluar la alimentación del niño o niña

Hacer preguntas sobre la alimentación habitual y, en particular, sobre la alimentación durante esta enfermedad.

Comparar las respuestas de la madre con las **Recomendaciones para la alimentación**, según la edad del niño, o niña, que se presentan a continuación.

PREGUNTAR

- ¿Usted le da lactancia materna?
 - ¿Cuántas veces por día?
 - ¿También durante la noche, cuántas veces?
 - ¿De ambos pechos?
 - ¿Cada vez que lo alimenta, es hasta que vacía el pecho?
- ¿El niño ingiere algún alimento o toma otros líquidos?
 - ¿Qué alimentos o líquidos?
 - ¿Cuántas veces por día?
 - ¿Qué alimentos le da habitualmente?
 - ¿De qué tamaño son las porciones que le da?
 - ¿El niño o niña recibe su propia porción? ¿Quién le da de comer al niño y cómo?
- Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación?
 - Si lo hubo, ¿cuál fue?



RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

Hasta los 6 meses de edad	6 meses a 8 meses	9 meses a 11 meses	12 meses a 23 meses	Mayor de 2 años
				
• Dar lactancia materna las veces que el niño o niña o quiera, de día y de noche, por lo menos ocho veces en 24 horas, hasta que vacíe el pecho cada vez que lo alimente. • El niño o niña que es amamantado no necesita tomar agua porque la leche materna contiene suficiente agua. • No darle ninguna otra comida o líquidos. No es necesario • Explicar los beneficios y ventajas de la lactancia materna y promoverla de manera exclusiva.	• Dar lactancia materna todas las veces que el niño o niña o quiera. • Añadir alimentos complementarios después de la leche materna: • Por lo menos 8 cucharaditas (1/2 taza) de papillas o sopas espesas de cereales (arroz, frijol, maíz); raíces majadas (papa, quequisque); vegetales (zanahoria) o frutas recién peladas y majadas (banano). • Darle esos alimentos por lo menos dos veces por día. • De 1 a 2 refrigerios entre comidas • Incluir un alimento frito al día	• Dar lactancia materna todas las veces que el niño o niña o quiera. • Añadir alimentos después de la leche materna: Darle por lo menos 12 cucharadas (3/4 de taza) de las mismas papillas, en su propio plato. • Incrementar la variedad de alimentos en forma de trocito. • Darle estos alimentos 3 veces por día e ir incrementando hasta 6 veces por día. • Dar 1 a 2 refrigerios. • Incluir un alimento frito al día. 	• Al año de vida, el niño o niña debe comer de todo. • Darle por lo menos 16 cucharadas (1 taza) de comida que se sirva la familia más media tortilla, 4 veces al día. • Darle dos meriendas nutritivas de fruta o cereales  • Incluir un alimento frito al día. • Continuar alimentando con leche materna hasta los 2 años de edad, todas las veces que el niño quiera.	• Darle 3 comidas diarias (por lo menos 24 a 32 cucharadas, o 11/2 a 2 tazas por día), de lo mismo que se sirva la familia más 1 tortilla. Dos veces por día darle meriendas como: • Frutas • Cereales, o • Comida. • Incluir un alimento frito al día. • Dar 2 refrigerios o meriendas 

Recomendaciones para la alimentación del niño o niña con DIARREA PERSISTENTE

- Si todavía se alimenta de leche materna, darle con más frecuencia y durante más tiempo, de día y de noche.
- Si toma otro tipo de leche:
 - Sustituir por leche materna, o
 - Si tiene 6 meses o más, continuar lactancia materna con alimentos suaves nutritivos.
- Para otros alimentos, seguir las recomendaciones relativas a los alimentos apropiados para la edad del niño o niña.

Una buena alimentación diaria debe consistir en una cantidad adecuada de los cuatro grupos de alimentos que constituyan una buena fuente de nutrientes por ejemplo: Cereales espesos con aceite añadido, carne pescado, gallo pinto, huevo, frutas y verduras. La porción adecuada dependerá de la edad del niño o niña y de la tolerancia.

ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE PROBLEMAS DE ALIMENTACION

Si el niño o niña no está alimentándose en la forma descrita, aconsejar debidamente a la madre. Además:



Si la madre dice que tiene dificultades para dar el pecho, evaluar la lactancia. (Consultar el cuadro titulado EL NIÑO O NIÑA DE 0 A 2 MESES DE EDAD) Si es necesario, mostrar a la madre la posición y el agarre correctos para la lactancia. (Ver cuadro pag. 53 Recomendaciones para abordar problemas frecuentes de la lactancia)

- Si el niño o niña tiene menos de 6 meses y está tomando otro tipo de leche o de alimento:
 1. Informar a la madre sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva.
 2. Persuadir a la madre para que dé lactancia materna con más frecuencia y durante más tiempo, de día y de noche, hasta que el niño o niña quede satisfecho y vacíe sus pechos.
 3. Si la madre considera que el niño o niña tiene sed y por esto le da otros líquidos, explicarle que la leche materna quita la sed.
 4. Aconsejar a la madre que:
 - o Le dé leche materna lo más que sea posible, incluso de noche al menos 8 veces al día.
 - o Puede extraerse manualmente la leche materna para dársela posteriormente al niño o niña.
 - o Se cerciore que el niño o niña termine de tomar el pecho hasta que esté lleno. No usar otras leches u otros alimentos.
 - o Se cerciore que los utensilios utilizados para guardar la leche extraída estén bien limpios y dejarlos tapados. Decir a la madre que debe lavarse previamente las manos, antes de alimentar al niño o niña.
- Si la madre está alimentando al niño con pacha:
 5. Dar consejería para una lactancia materna exclusiva y exitosa.
- Si la madre no incentiva al niño o niña para que coma, aconsejarle que:
 6. Se siente con el niño o niña y lo anime o motive para que coma de todo.
 7. Sirva al niño o niña una porción adecuada en un plato o recipiente separado.
- Si el niño o niña recibe alimentos poco nutritivos, aconsejarle que:
 - Substituya los alimentos no nutritivos por los recomendados en el cuadro de alimentos complementarios.
 - Le dé la cantidad y frecuencia recomendada según la edad del niño o niña.
 - Le dé los alimentos espesos ya que los líquidos y las comidas ralas no contienen suficientes nutrientes.
 - Le dé frutas amarillas y vegetales verdes, que son fuente de vitamina A y hierro.
- Si el niño o niña no está alimentándose bien durante la enfermedad, aconsejar a la madre que:
 - Le dé lactancia materna exclusiva con mayor frecuencia y, si es posible, durante más tiempo.
 - Le dé al niño las comidas blandas, variadas y apetitosas que más le gustan a fin de animarlo a que coma la mayor cantidad posible, y ofrecerle porciones pequeñas con más frecuencia. Incluir alimentos fritos para aumentar la densidad energética.
 - Durante la enfermedad, aconsejar a la madre que NO de purgantes.
 - Le limpie la nariz si la tiene tapada, porque eso obstaculiza la alimentación.
 - Explíquele a la madre que el apetito mejorará a medida que el niño o niña se recupere.
 - Cuando recupere el apetito: Durante una o dos semanas darle una comida más al día para que recupere el peso perdido según las recomendaciones para edad. Agregar a los alimentos gotitas de limón para mejorar el sabor.
- Hacer el seguimiento para cualquier problema de alimentación 5 días después.

NOTA: Cada vez que aliente al niño/a, sírvale en el plato del bebe, para determinar que cantidad está consumiendo.

ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE PROBLEMAS FRECUENTES EN LA LACTANCIA MATERNA

Problemas encontrados	Orientación o acción a tomar
La madre refiere poca producción de leche	• Rara vez es un problema real, generalmente el niño/a recibe la cantidad de leche que necesita. • Los signos que realmente indican que el bebé está recibiendo poca leche son: • Poca ganancia de peso (menos de 500 g al mes) • Orina menos de 6 veces al día. • Las posibles causas de poca producción de leche son: • Mamadas poco frecuentes. • Horarios rígidos para la lactancia. • No lo amamanta por la noche. • Mal agarre. • Enfermedades o problemas de la boca del niño/a: paladar hendido, moniliasis u otro. • Recibe otros líquidos. • Uso mamadera. • La mamá tiene poca confianza en sí misma, está preocupada, cansada o le disgusta amamantar. • Evalúe la lactancia materna, identifique cuál es el problema y corríjalo.
Si al observar la lactancia el niño/a presenta mal agarre o mala posición	• Corregir la posición. • Explicar a la madre las consecuencias de la mala posición y/o agarre.
Pechos dolorosos, hinchados, tensos	• Dar lactancia materna con mayor frecuencia asegurando buena posición y agarre. • Si luego de que el niño/a no ha vaciado ambos senos, extraerse la leche manualmente. • Colocar compresas de agua fría sobre los pechos después de amamantar o extraer la leche.

Problemas encontrados	Orientación o acción a tomar
El niño/a llora mucho	• Las causas de llanto excesivo del niño/a lactante son: • Está incomodo (está sucio/a, mojado o muy abrigado, o desabrigado) • Está cansado/a, debido a que muchas personas lo visitan. • Tienen dolor o está enfermo/a, el llanto es muy agudo. • Está hambriento/a. • Tiene cólico • Es un bebé demandante, algunos niños/as lactantes lloran más que otros.
La Madre tiene pezones adoloridos	• Generalmente se debe a un mal agarre del niño/niña, o al uso frecuente de jabón y agua (que elimina el aceite natural de los pezones) o a una infección en los pezones (moniliasis). Recomiende: • Continuar con el seno materno, el niño/niña debe iniciar las mamadas en el seno menos afectado. • Mejorar la posición y agarre. • Aplicar su propia leche al pezón, después de las mamadas. • Dejar los pezones expuestos al aire • Si es necesario dar a la madre 500 mg de acetaminofén para el dolor. • Considerar dar el pecho en otra posición.

INVESTIGANDO LAS CAUSAS DE LA DESNUTRICION Y ACONSEJANDO

Investigue causas de Desnutrición	Consejería nutricional para el niño y niña De 6 meses a 4 años.
- Investigue si está enfermo (a) o si tiene una enfermedad crónica (asma, VIH y sida, diabetes, otras). ¿Luce su niño o niña con frecuencia, cansado o enfermo? - Pregunte ¿Ha estado tomando menos leche materna o comiendo menos de lo usual?	Motive al niño o niña a comer sus alimentos favoritos que sean suaves, variados y apetecibles. Después de la enfermedad déle alimentos con mayor frecuencia de lo usual y motive al niño a comer más.
¿Come carne (pescado, res, pollo)? ¿Huevos, leche y sus derivados? ¿Frijoles, soya, frijoles en vaina, otros?	Motive a que agregue leguminosas y alimentos de origen animal, esto mejorará la calidad de la dieta y es muy importante para un niño con baja talla para promover el crecimiento sin una excesiva ganancia en el peso.
Consume el niño, frutas y vegetales?	Alimentar con frutas y vegetales de color amarillo y vegetales de color verde oscuro.
Le da un alimento básico espeso o diluido?	Si la dieta es mayormente a base de cereal, motive a la madre a prepararlo más espeso, no diluido y agregar un poco de grasa (como aceite) para aumentar la densidad energética.
Hay algún alimento al cual el niño sea alérgico o no consuma?	Si el niño es alérgico a un alimento específico, de consejería para un alimento alternativo que contenga nutrientes similares.
- Investigue sobre factores subyacentes (sociales, del entorno). - Identifique con la madre las causas mas probables de desnutrición.	- Aconseje a la madre como abordar las causas: - Discuta con la madre lo que es factible realizar y que identifique quién le puede apoyar. - Reconozca su situación y motívela a tomar decisión para mejorar el crecimiento de su niño. - Establezca metas con la madre. Unas pocas acciones que ella pueda poner en práctica (de dos a tres). - Verifique, asegúrese que ella ha comprendido y sabe lo que debe hacer. - Defina con ella la fecha para la próxima evaluación.
- Determinar si hay caries y evaluar practicas de higiene oral. - Revisar las arcadas superior en inferior con ayuda de un baja lenguas y pregunte: ¿Cómo limpia, la boca y dientes del niño o niña?	- Realizar diariamente la higiene de los dientes al menos dos veces al día con una gasa húmeda o paño bien limpio (en el menor de 6 meses) o un cepillo dental suave a los mayores de 6 meses (Puede emplear pasta dental para niños). - Acostumbrar al niño o niña el cepillado de los dientes después de cada comida y antes de dormir. - Recomendar alimentos que den resistencia al diente (leche, queso, pescado, cereales, frutas y verduras) según edad. - Evitar uso de mamaderas o chupones. - Recomendar o referir a control odontológico por lo menos una vez al año a partir de la erupción de sus primeros.

INVESTIGANDO LAS CAUSAS DE SOBREPESO Y OBESIDAD Y ACONSEJANDO

Investigue causas de Sobrepeso	Consejería nutricional
- Si el niño o niña es menor de 6 meses: ¿Le está dando pecho a su niño o niña?	Motive a la madre, alimentar al niño o niña solo con leche materna durante los primeros seis meses y después continuarla hasta los 2 años de edad o más con alimento complementario.
- Si el niño o niña es mayor de 6 meses: ¿Qué alimentos complementarios consume. ¿Cuántas veces al día? ¿Cuánta comida consume en cada tiempo.	- De alimentos complementarios nutritivos. Evite alimentos grasosos o fritos, dulces y cereales refinados. - Siga las recomendaciones de la Pág. 41 - No obligue al niño comer. - Sugiera fuentes no refinadas de carbohidratos, por ej: El pan de trigo, papas. - Limite el consumo de bebidas dulces, pasteles y dulces no más de dos veces a la semana. - Use esporádicamente pastas altas en grasa y azúcar. - Ofrezca, entre comidas, frutas frescas y vegetales (Zanahoria, naranja, banano, mandarina, etc.) - Quítele la grasa a las carnes (La piel del pollo o el “cebo” de la carne). - Sirva porciones pequeñas, dependiendo de la edad del niño, tamaño y nivel de actividad física. - Haga los tres tiempos de comida en familia. - Evite discusiones durante las comidas. - Siempre motive a que el niño se siente a comer en la mesa. Evite que haga comidas viendo televisión. - Evite usar la comida como una forma de recompensa, calmar enojo o disminuir el aburrimiento
- Pregunte: ¿Cuántas horas de actividad física hace el niño o niña? ¿Qué oportunidades tiene para hacer actividad física? ¿Cuántas horas permanece sentado o acostado durante el día?	- Permita que los niños y niñas gateen y se muevan de un lado a otro, en un entorno seguro. - Limite el tiempo, durante el día, del niño para estar sentado o acostado. - Motive al niño, a realizar juegos o movimientos activos: Marchar, saltar, tirar, patear una pelota, dar brincos. - Busque actividades físicas que el niño disfrute. Involúcrelo en las tareas de la casa: barrer, limpiar muebles, limpiar el patio. - Motive a la familia que realice actividades físicas: caminatas juntos, juegos de pelota o bicicleta, saltar y ejercicios
Identifique, con la madre, las causas más probables del sobrepeso.	- Aconseje a la madre como abordar las causas: - Discuta con la madre lo que es factible realizar y que identifique quién le puede apoyar. - Reconozca su situación y motívela a tomar decisión para mejorar el crecimiento de su niño. - Establezca metas con la madre. Unas pocas acciones que ella pueda poner en práctica (de dos a tres). - Verifique, asegúrese que ella ha comprendido y sabe lo que debe hacer. - Defina con ella la fecha para la próxima evaluación.
- Determinar si hay caries y evaluar prácticas de higiene oral. - Revisar las arcadas superiores en inferior con ayuda de un baja lenguas y pregunte: ¿Cómo limpia, la boca y dientes del niño o niña?	- Realizar diariamente la higiene de los dientes al menos dos veces al día con una gasa húmeda o paño bien limpio (en el menor de 6 meses) o un cepillo dental suave a los mayores de 6 meses (Puede emplear pasta dental para niños). - Acostumbrar al niño o niña el cepillado de los dientes después de cada comida y antes de dormir. - Recomendar alimentos que den resistencia al diente (leche, queso, pescado, cereales, frutas y verduras) según edad. - Evitar uso de mamaderas o chupones. - Recomendar o referir a control odontológico por lo menos una vez al año a partir de la erupción de sus primeros dientes.

LIQUIDOS

ACONSEJAR A LA MADRE QUE LE DÉ MÁS LÍQUIDOS DURANTE LA ENFERMEDAD

PARA CUALQUIER NIÑO O NIÑA ENFERMA:

- Darle lactancia materna con mayor frecuencia y durante más tiempo cada vez.
- Darle más líquidos, por ejemplo: agua de arroz, agua de coco, atoles sin azúcar o agua limpia.

PARA NIÑOS o NIÑAS CON DIARREA:

- La administración de líquidos adicionales puede salvarle la vida. Dar líquidos según las indicaciones del plan A o el plan B del cuadro TRATAMIENTO

CUANDO VOLVER

INDICAR A LA MADRE CUANDO DEBE VOLVER A LA UNIDAD DE SALUD

CONSULTA DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Aconsejar a la madre que debe vuelva para la reevaluación y el seguimiento en los siguientes plazos:

Si el niño tiene:	Volver para la consulta de seguimiento en:
DIARREA CON O SIN DESHIDRATACIÓN Disentería	1 día
NEUMONÍA MALARIA, si persiste la fiebre ENFERMEDAD FEBRIL, si persiste la fiebre SOSPECHOSO DE SARAMPION	2 días
OTTIS MEDIA AGUDA OTTIS MEDIA CRÓNICA PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD, si no mejora	5 días
DIARREA PERSISTENTE	1 día
ANEMIA DESNUTRICION, si el niño es menor de 2 años	14 días
DESNUTRICIÓN, si el niño es mayor de 2 años	30 días

PRÓXIMA CONSULTA DEL NIÑO O NIÑA

- Aconsejar a la madre cuándo volver para la próxima vacuna según el Esquema de Vacunación.
- Aconsejar a la madre cuándo volver para la próxima consulta según normas establecidas para la Atención Integral a la Niñez

SIGNOS DE PELIGRO QUE ORIENTAN CUÁNDO VOLVER DE INMEDIATO

Aconsejar a la madre que vuelva de inmediato si el niño presenta cualquiera de los signos siguientes:	
Cualquier niño enfermo que:	• Está anormalmente somnoliento • Que dejó de comer o beber • Empeora • Tiene fiebre
Si el niño/a NO TIENE NEUMONÍA, TOS NI RESFRIADO, regresar si tiene:	• Respiración rápida • Dificultad para respirar • Empeora
Si el niño tiene diarrea, regresar si tiene:	• Sangre en la heces • Heces líquidas y abundantes • Empeora

ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE SU PROPIA SALUD

- Si la madre está enferma, brindarle atención y administrarle tratamiento o referirla.
- Brindar consejería en lactancia materna y como prevenir y tratar los problemas del pezón, o mamas (ingurgitación, pezones adoloridos, infecciones).
- Si la madre está en el período de puerperio (primeras 4 semanas), darle una dosis única de 200,000 UI de Vitamina A. Además, dar Sulfato Ferroso, 1 tableta diario por un mes.
- Aconsejarle que coma de todos los alimentos nutritivos disponibles en el hogar, enseñar cuales son alimentos nutritivos, para mantenerse sana y fuerte.
- Brindar consejería y aplicar métodos de Planificación Familiar elegido con la usuaria y revisar inmunización según esquema nacional.
- Cerciorarse que tenga acceso a asesoramiento sobre salud reproductiva (prevención de cáncer de mamas y cáncer cervicouterino, prevención de ITS, VIH y Sida)
- **Vigilancia de signos de peligro durante el puerperio:**
 - Sangrado vaginal anormal o fétido
 - Fiebre
 - Dolor de bajo vientre
 - Dolor de cabeza.
 - Inflamación en los pies
 - Ataques o convulsiones

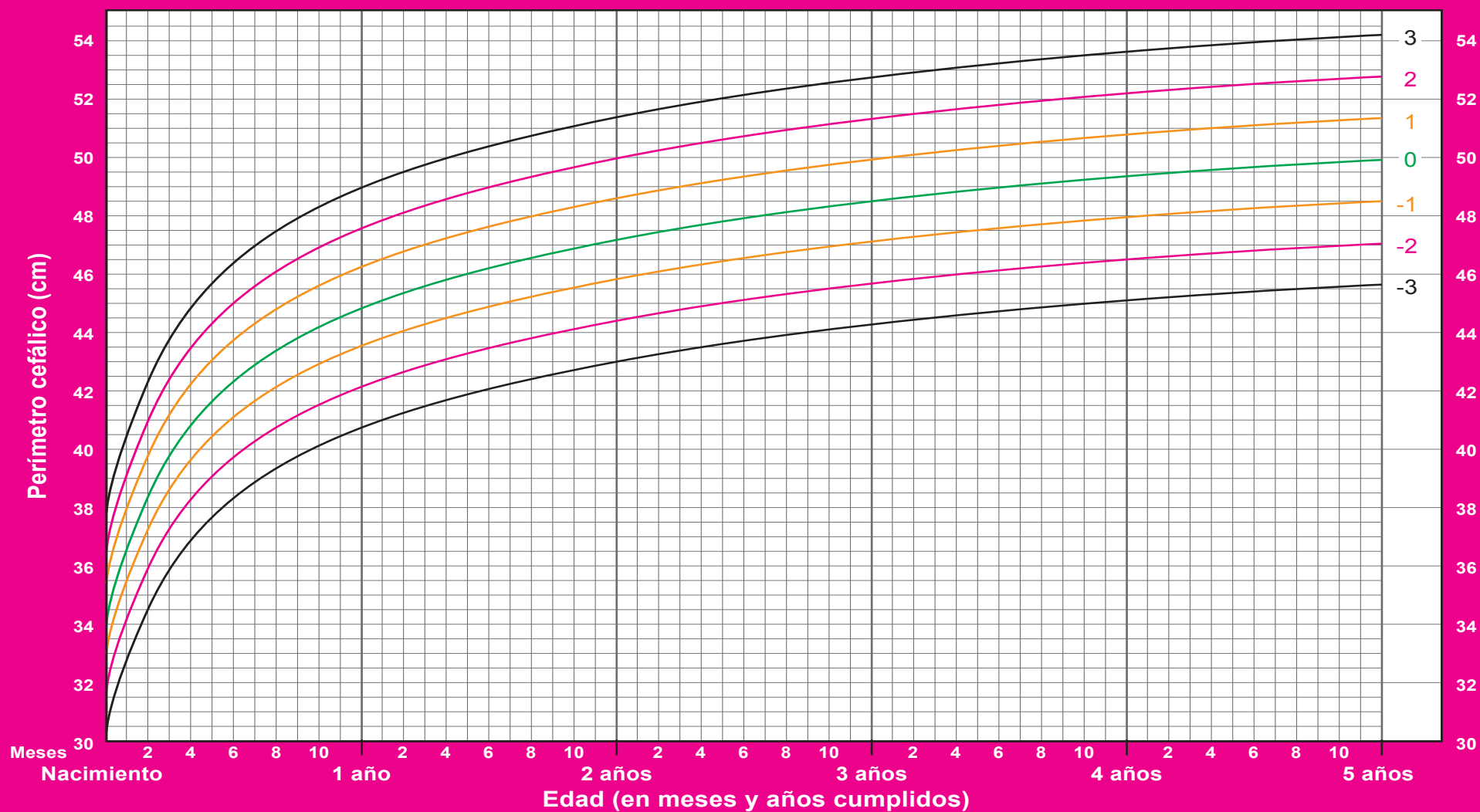
ANEXOS

ANEXO 1.

PATRONES DE CRECIMIENTO PARA NIÑAS Y NIÑOS

Perímetro cefálico para la edad Niñas

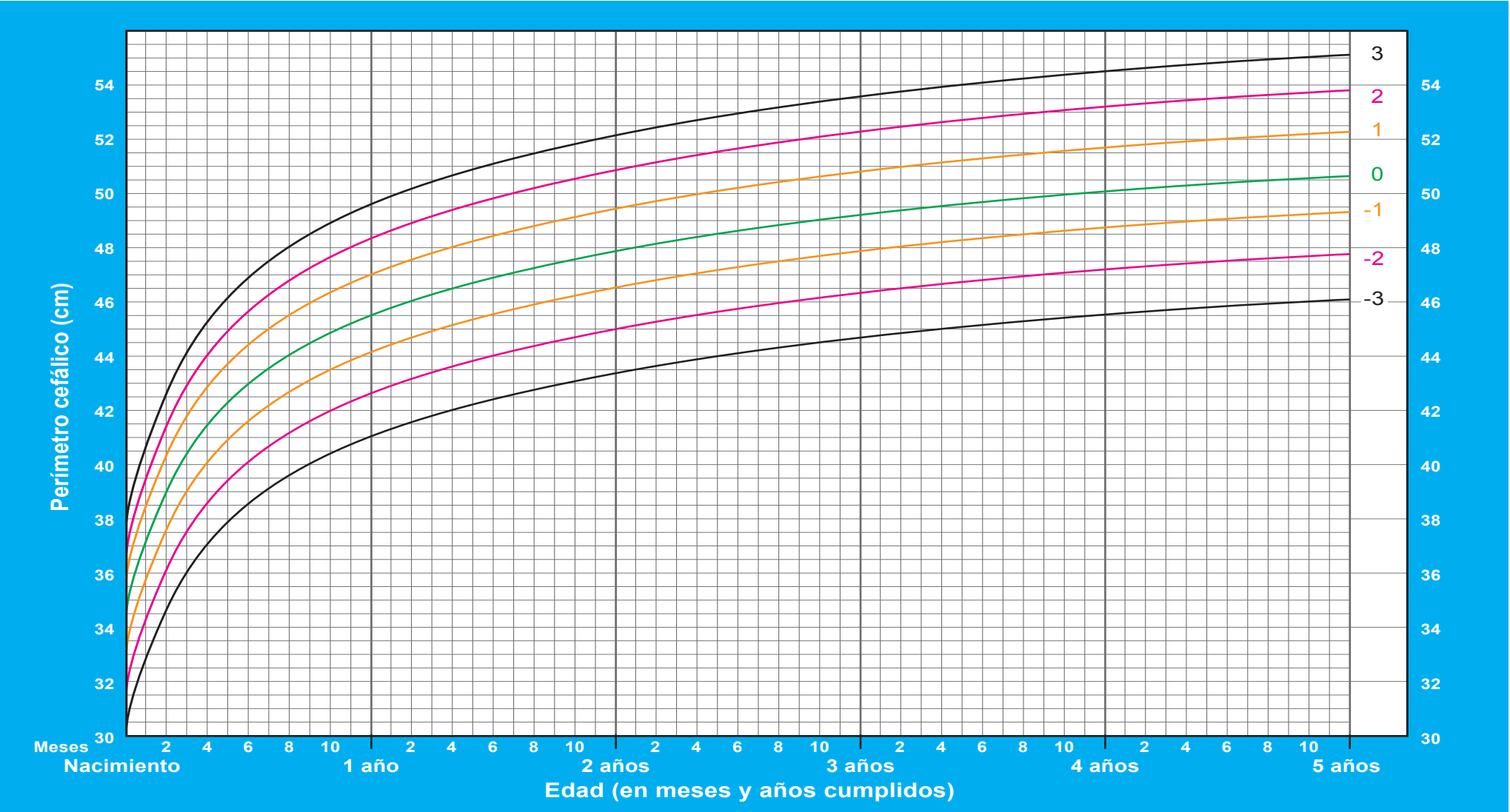
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Perímetro cefálico para la edad Niños

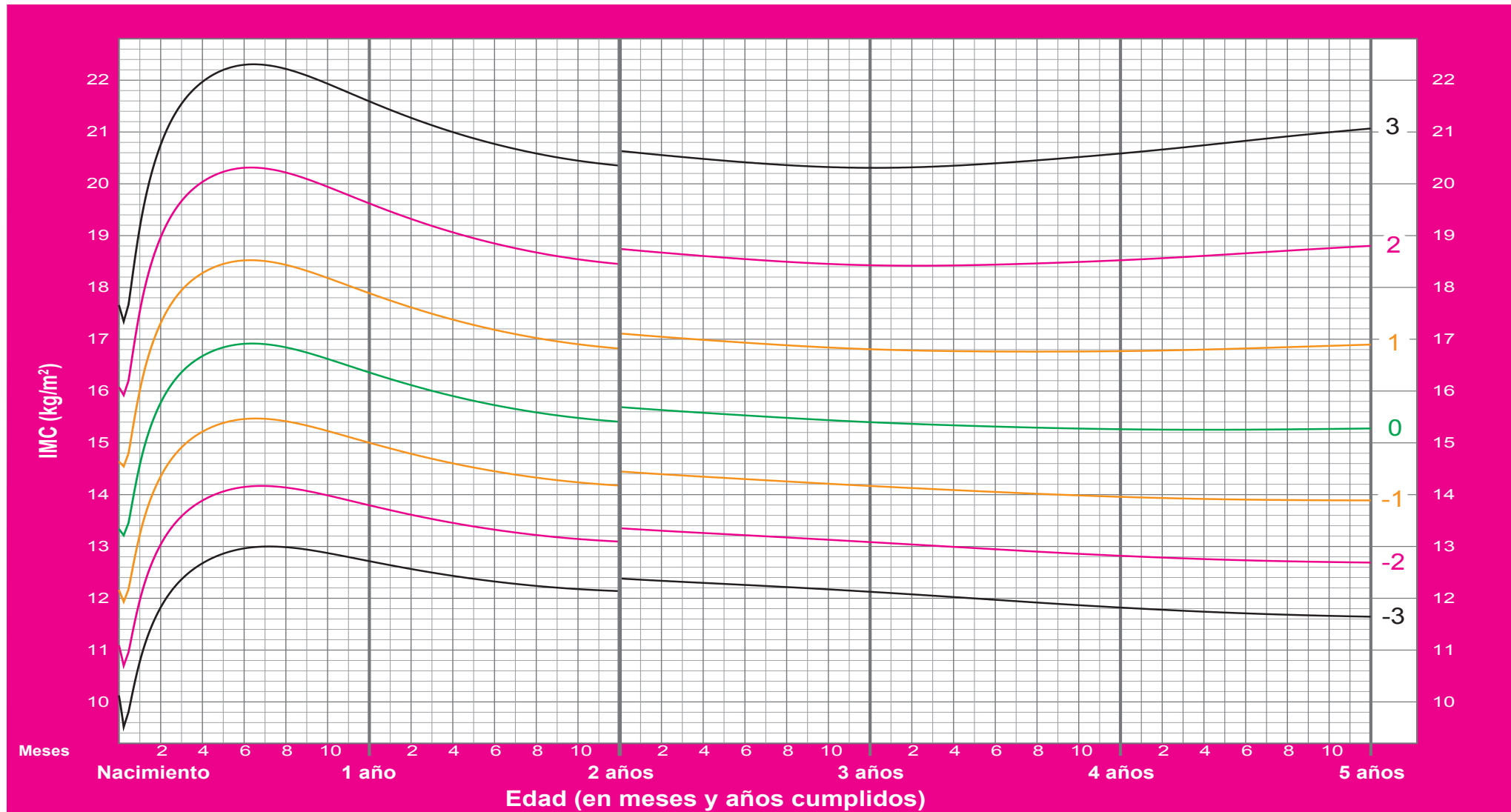
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC para la edad Niñas

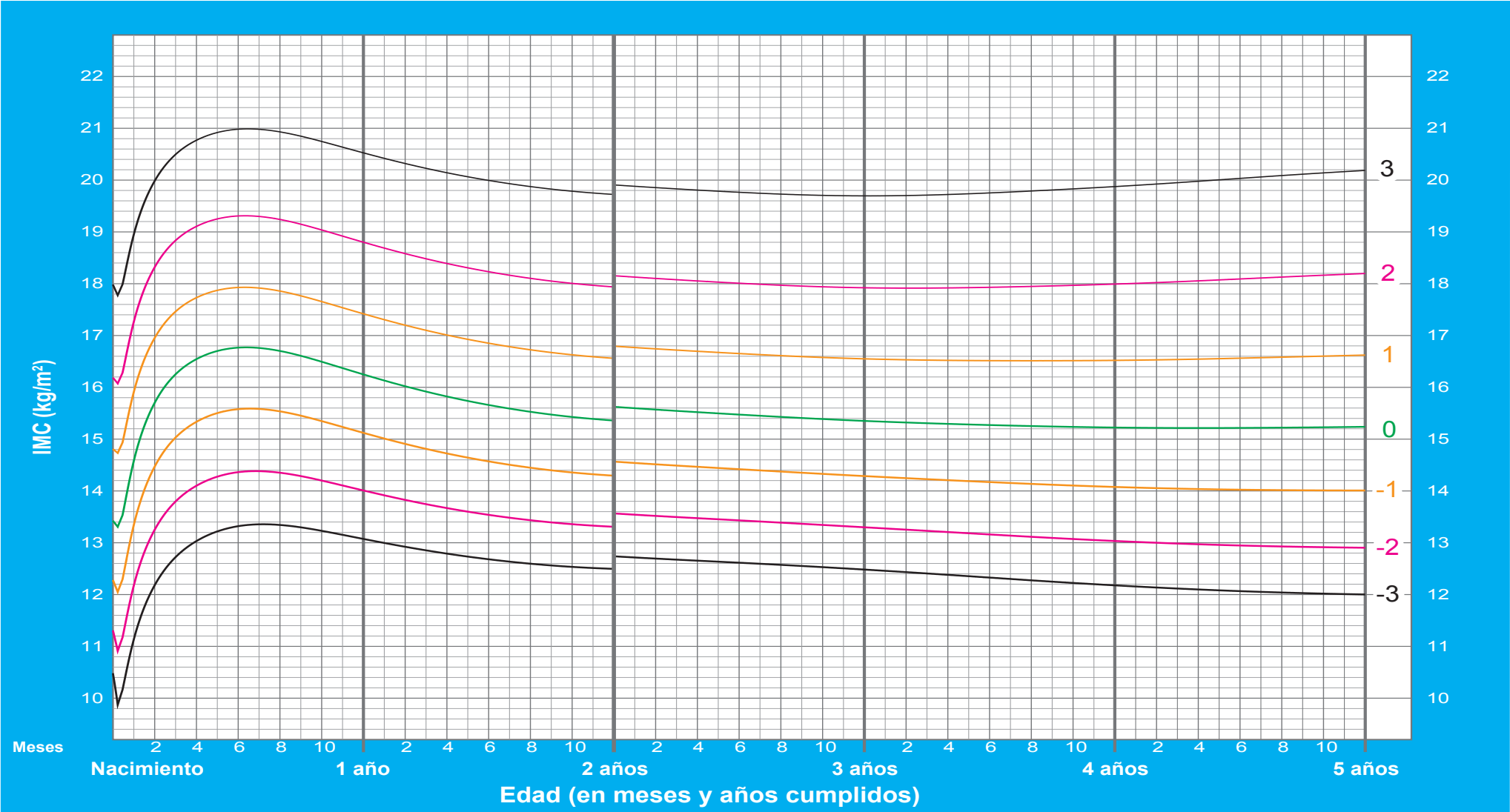
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

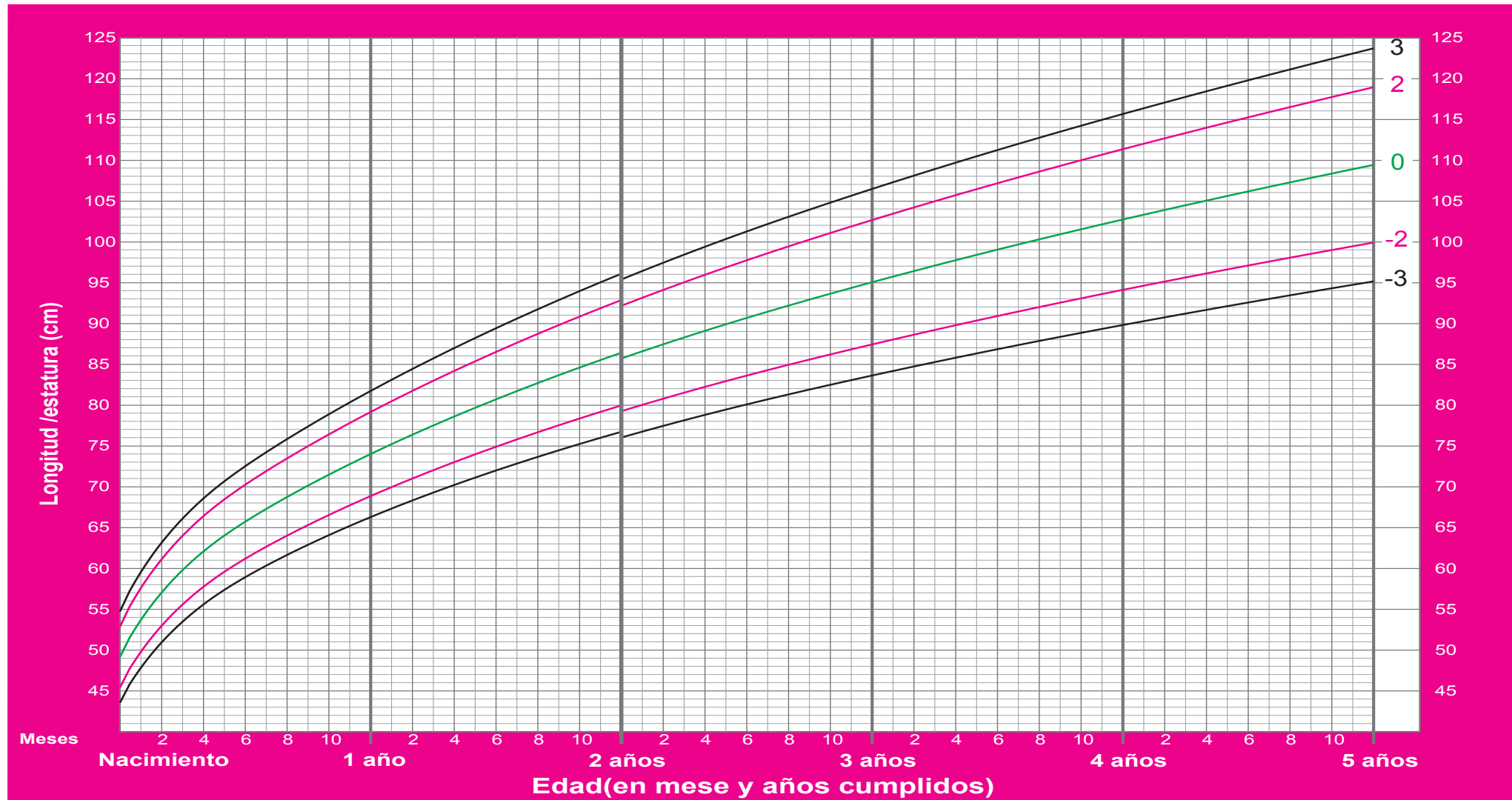


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Longitud/estatura para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

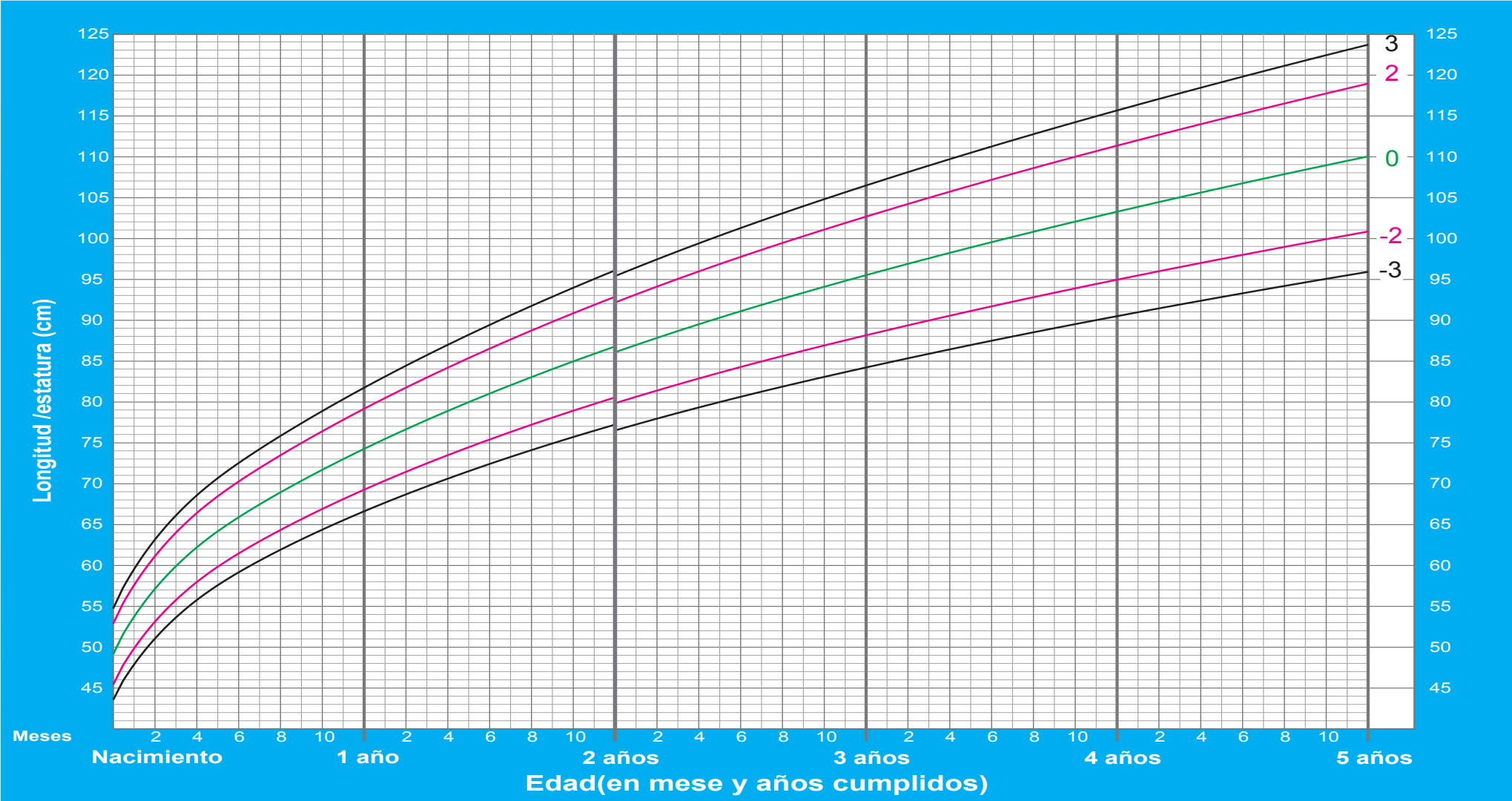


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Longitud/estatura para la edad Niños



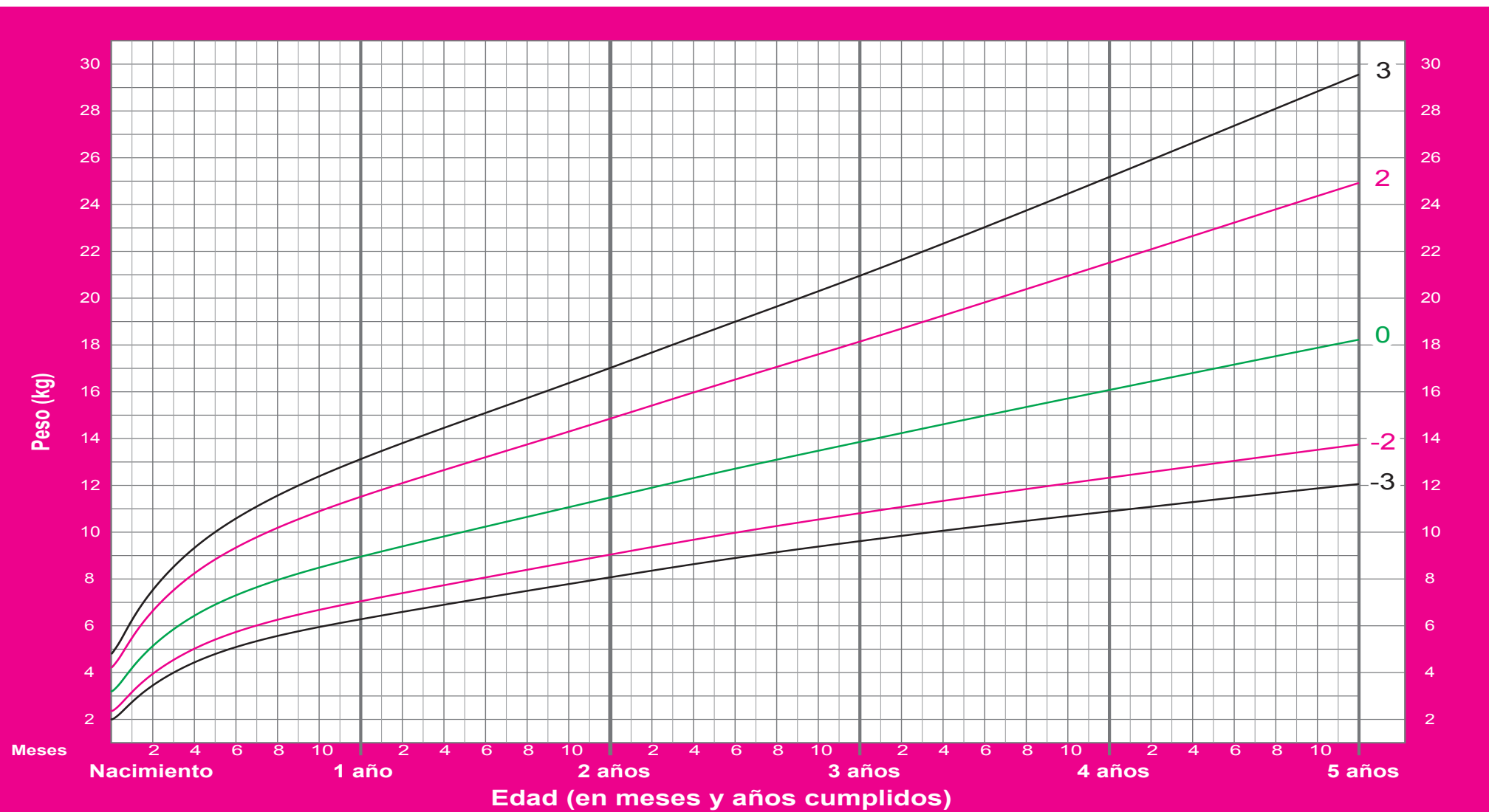
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niñas

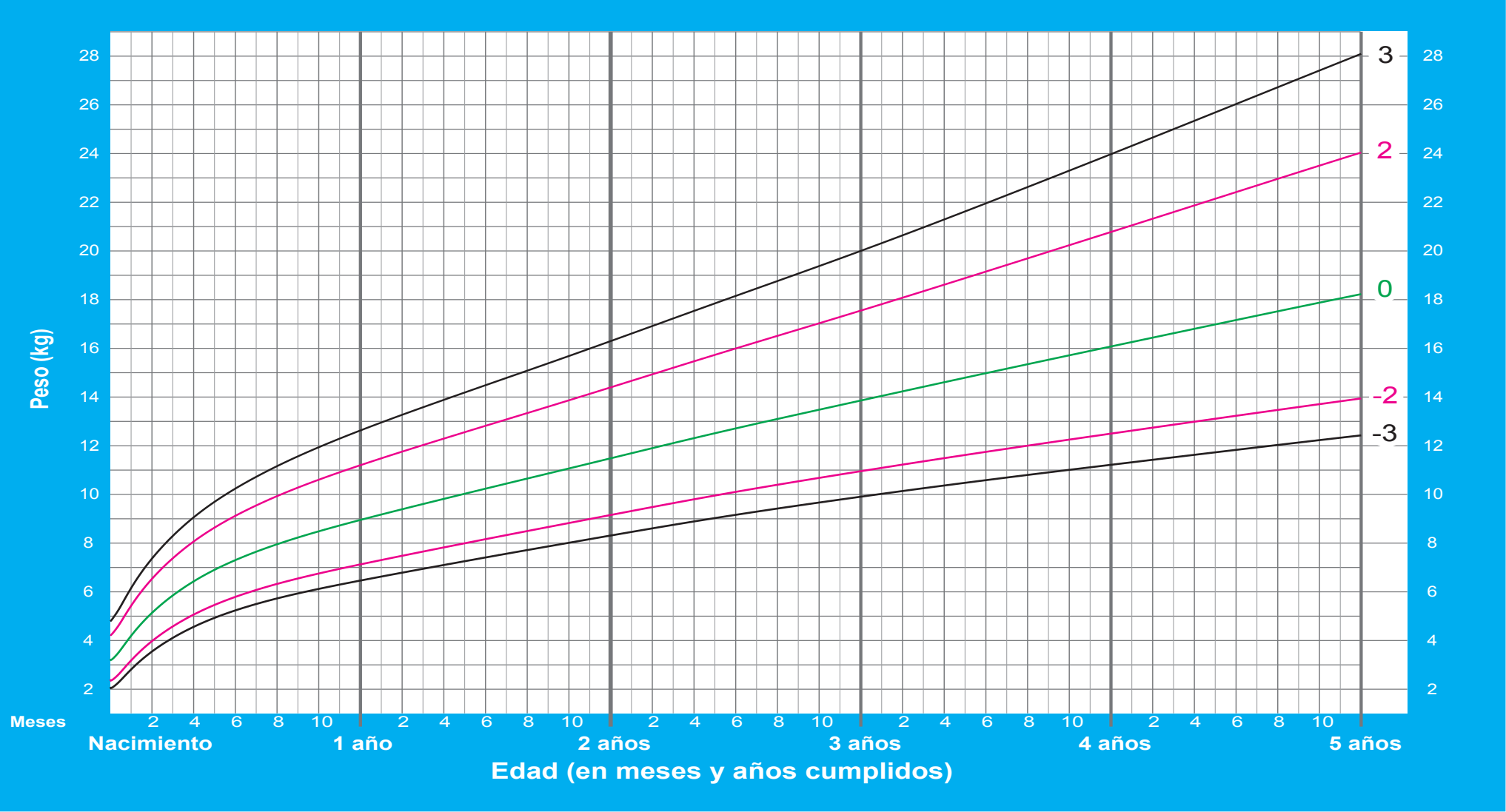
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud Niñas

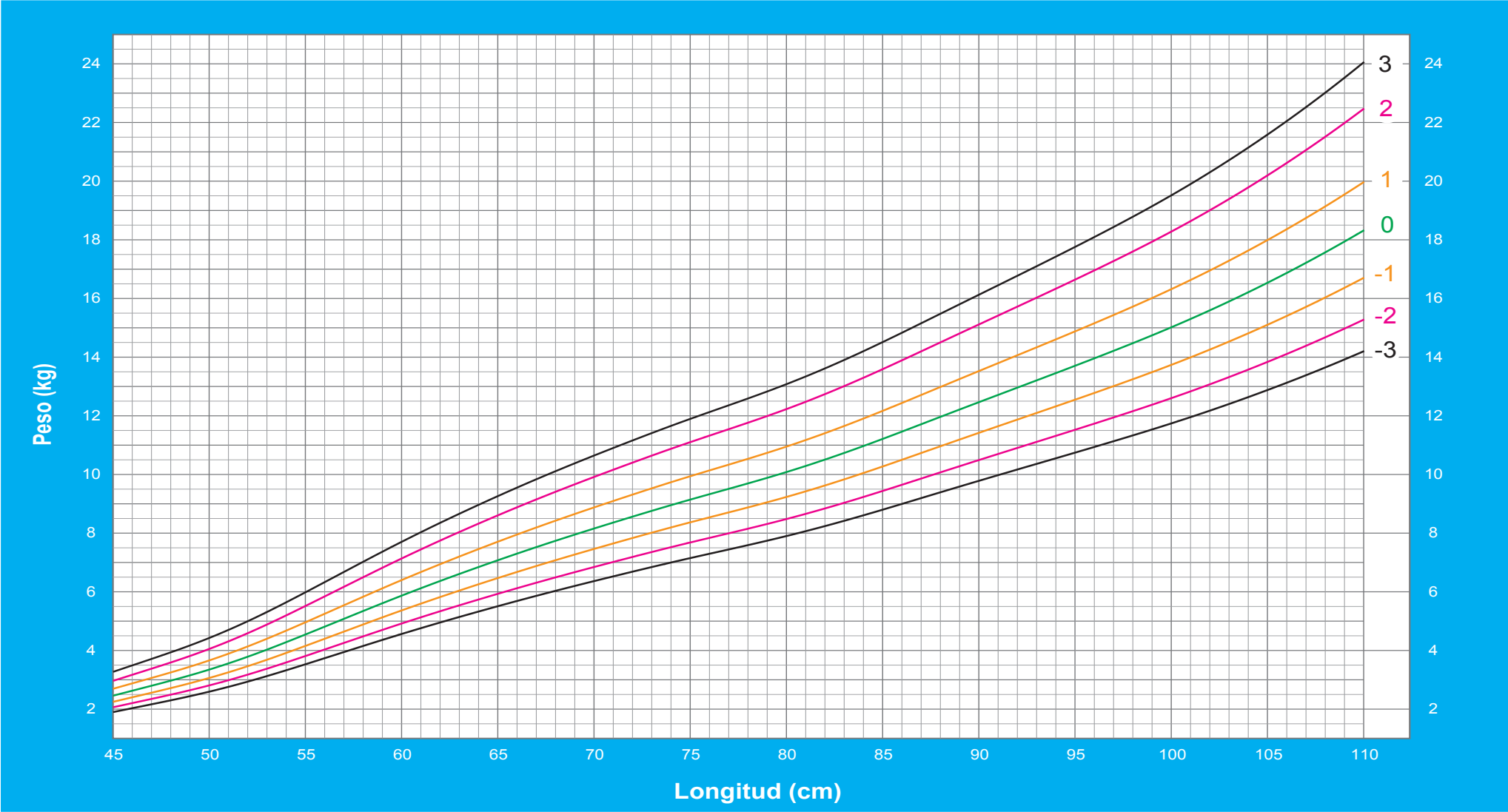
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud Niños

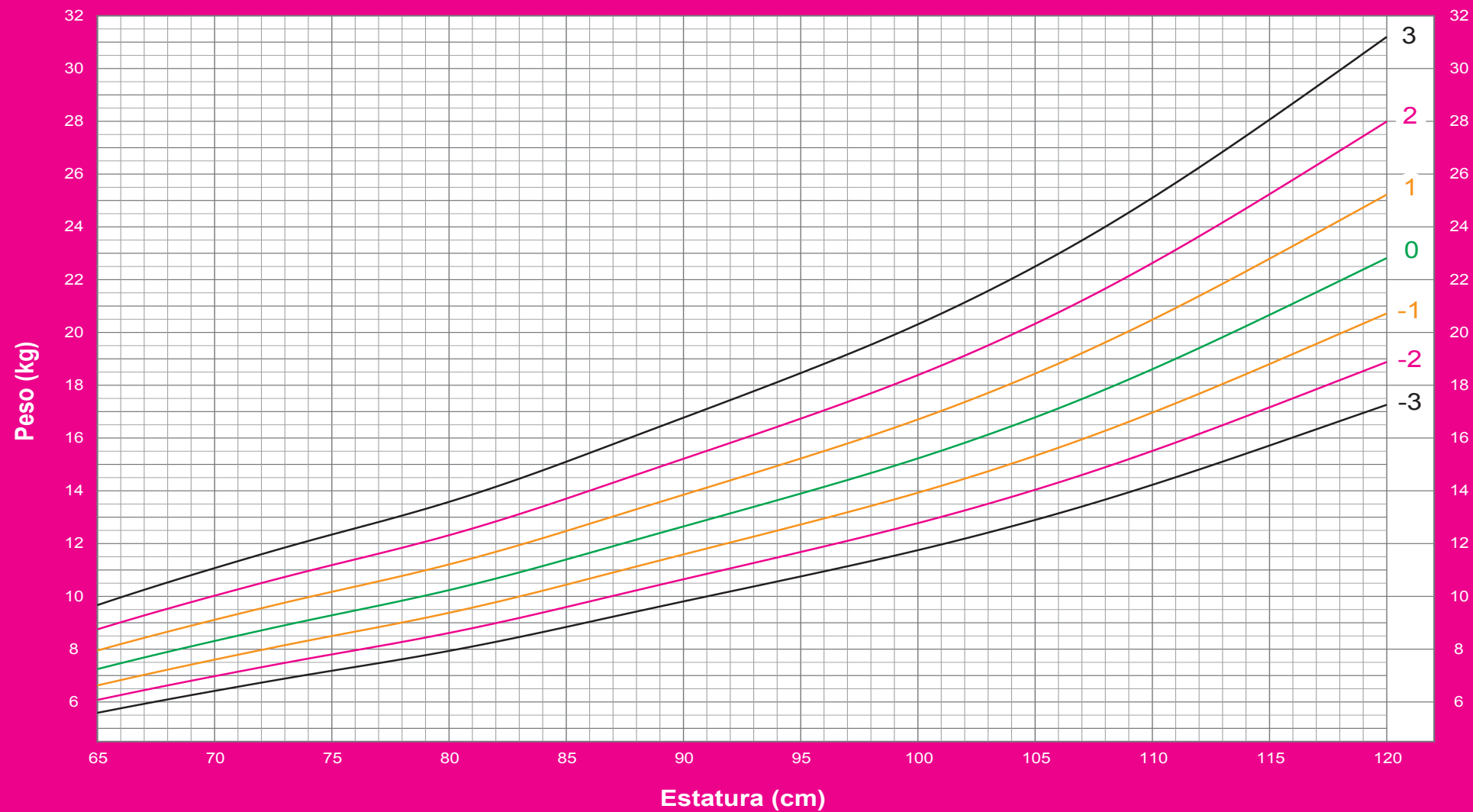
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura Niñas

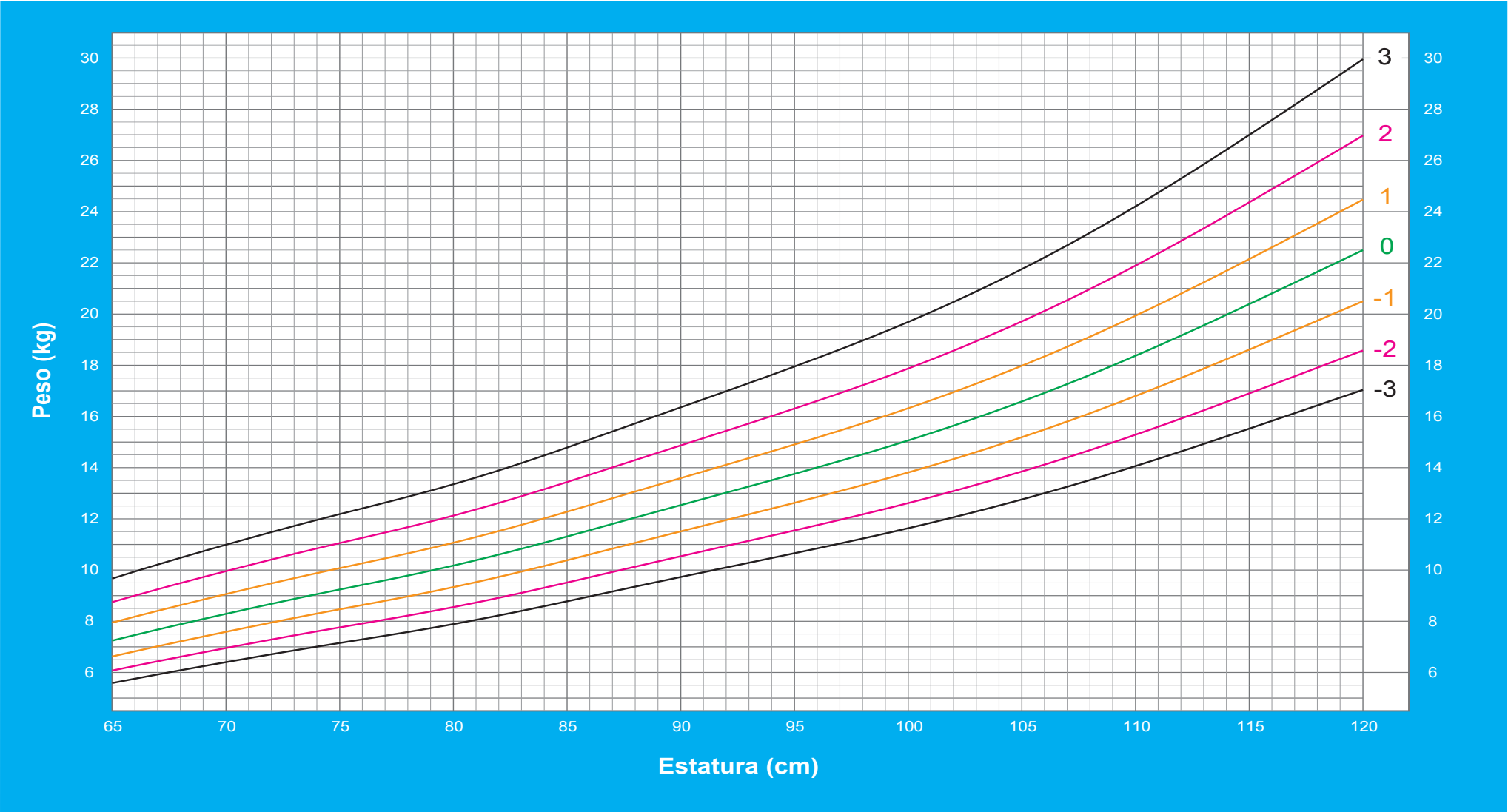
Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



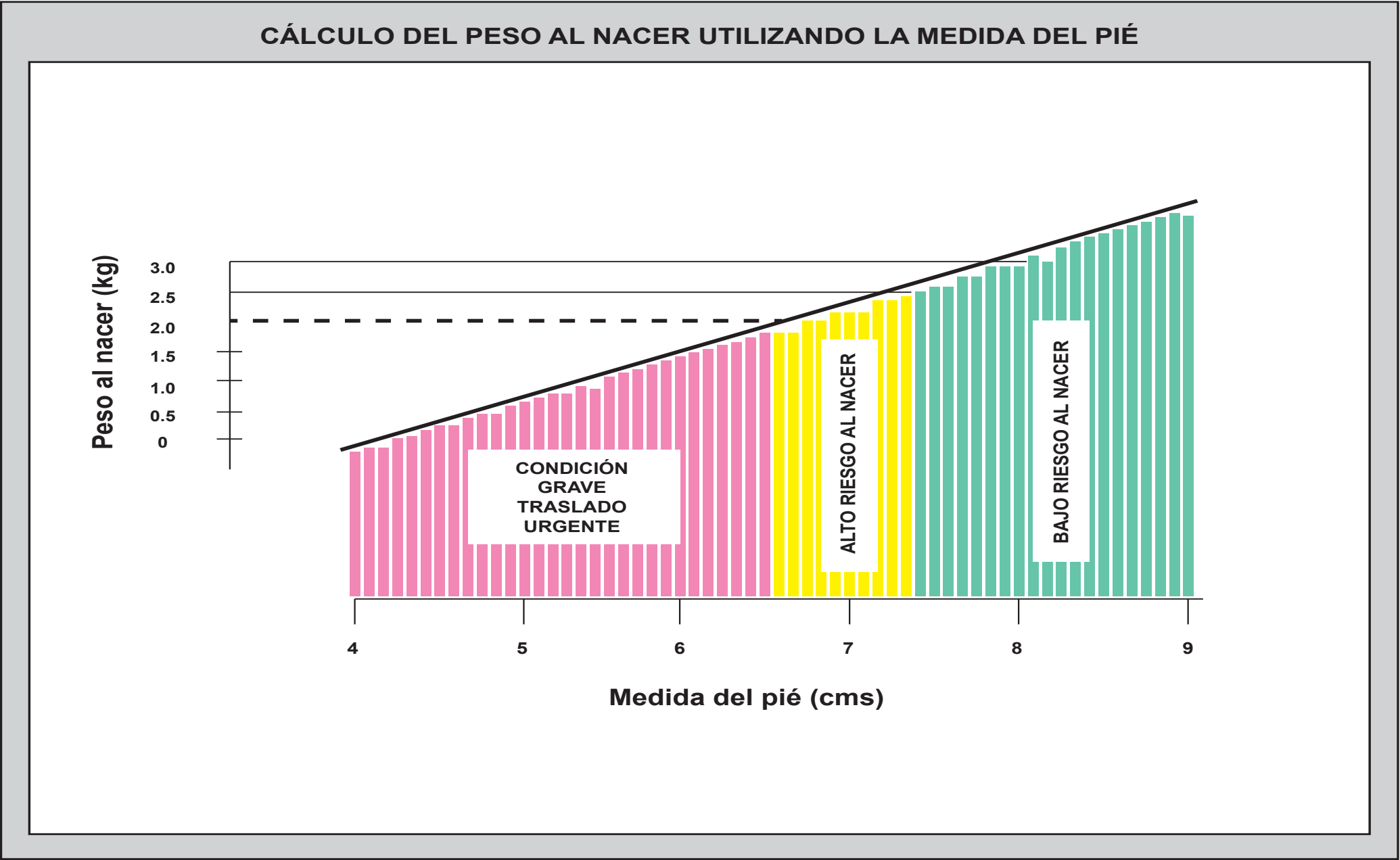
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

ANEXO 2

Indicadores de Crecimiento menores 5 años OMS-INTERPRETACIÓN

Puntuaciones Z	Longitud / talla para la edad	Peso para la edad	IMC para edad / Pero / Longitud o Talla
Por encima de 3 Mayor o igual a +3.1	Muy alto para la Edad (ver nota 1)	Sospecha de Problema de Crecimiento (Ver Nota 2) (Confirme Clasificación con Peso / Talla)	Obesidad
Por encima de 2 De + 2.1 a +3	Rango Normal		Sobrepeso
Por encima de 1 De +1.1 a +2	Rango Normal		Posible Riesgo de Sobrepeso (Ver Nota 3)
0 (X, mediana) De +1 a -1.0)	Rango Normal	Rango Normal	Rango Normal
Por debajo de -1 De -1.1 a -3	Rango Normal	Rango Normal	Rango Normal
Por debajo de -2 De -2.1 a -3	Talla Baja (ver nota 4) (Desnutrición Crónica Moderada)	Peso Bajo (Desnutrición Global Moderada)	Emaciado (Desnutrición Aguda Moderada)
Por debajo de -3 Mayor o igual a -3.1	Talla Baja (ver nota 4) Desnutrición Crónica Moderada)	Peso Bajo Severo (Desnutrición Global Severa)	Emaciado Severo (Desnutrición Aguda Severa)

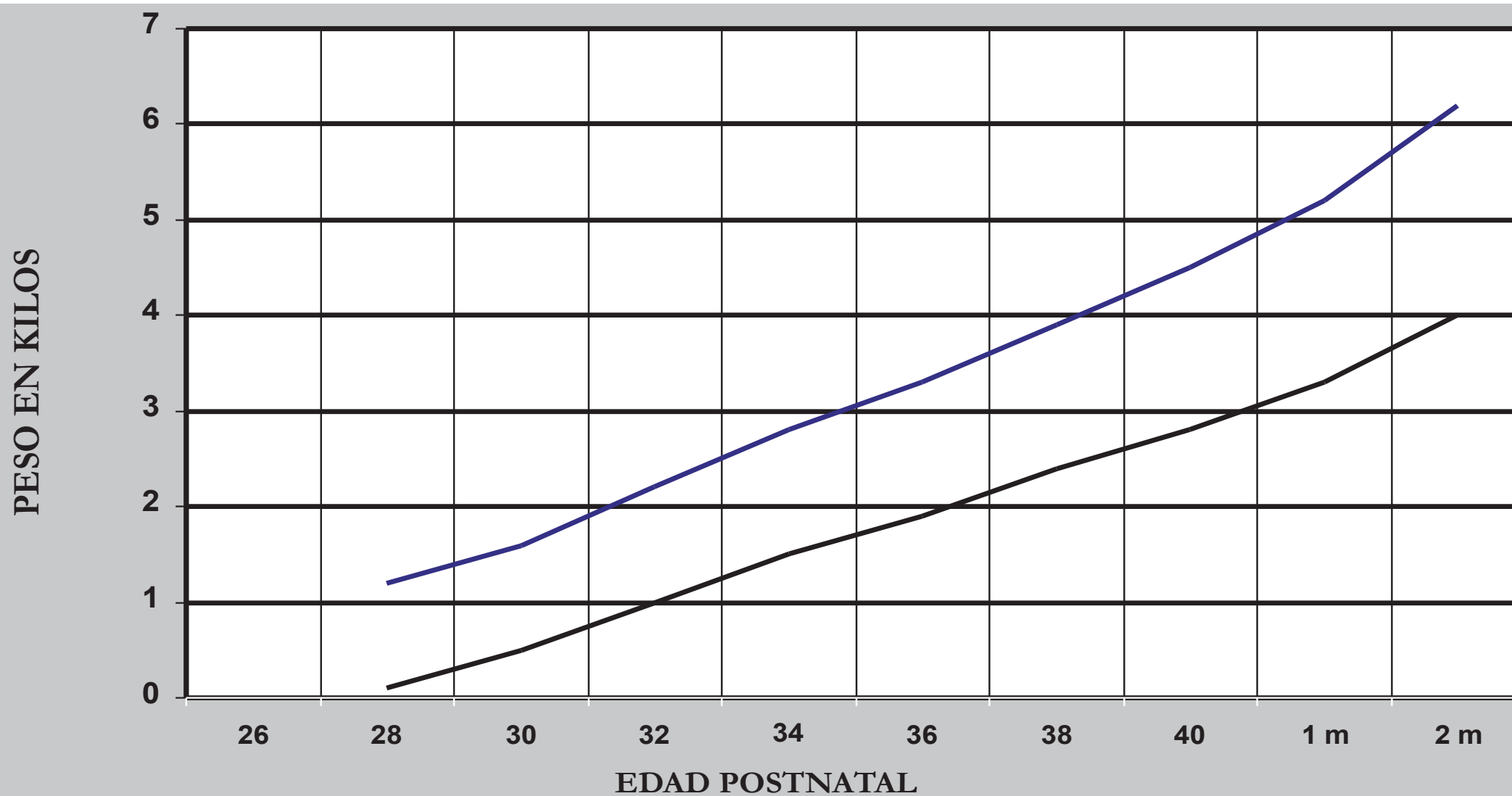
ANEXO 3



ANEXO 4

CURVAS DE CRECIMIENTO POSTNATAL PARA NIÑOS(AS) DE 0 A 2 MESES

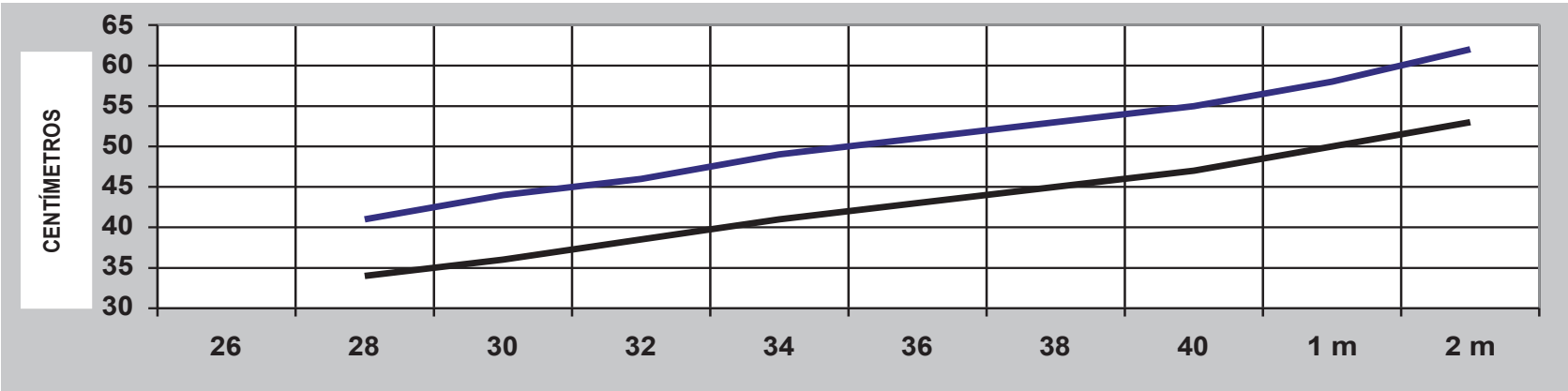
- PESO PARA EDAD EN SEMANAS POSTNATAL (0-2 MESES)



CURVAS DE CRECIMIENTO POSTNATAL PARA NIÑOS(AS) DE 0 A 2 MESES

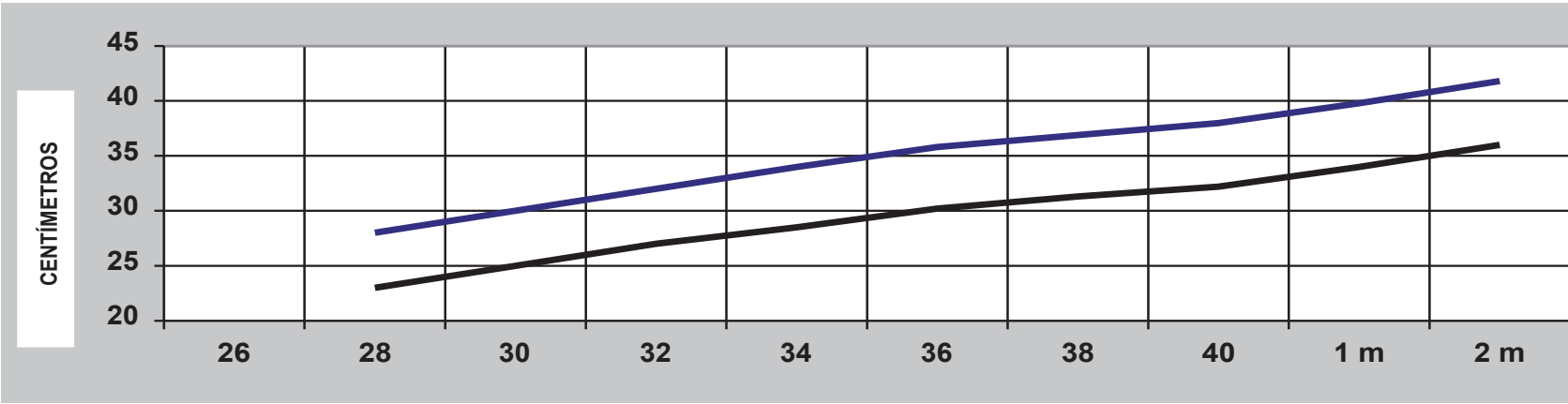
CURVAS DE CRECIMIENTO POSTNATAL PARA NIÑOS(AS) DE 0 A 2 MESES

► TALLA



EDAD POSTNATAL

► CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA



EDAD POSTNATAL

MINISTERIO DE SALUD



MEZ

N° de H. Clínica: _____ Procedencia: _____ Fecha: ____/____/____
 día mes año

Nombre: _____ Sexo: ____ Edad: ____ cm DE: ____ Temp: ____ °C
 Primer Apellido Segundo Apellido Nombres
 meses/días P. Cefálico: ____

¿Porqué trae al niño/niña? ☐ Subsecuente ☐ Primera consulta

1. INFECCION BACTERIANA:		SI	NO	Respiración por minuto: _____		SI	NO	Respiración por minuto: _____		SI	NO
Respiración rápida		☐	☐	Ombiligo y piel a su alrededor rojos		☐	☐	Se ve mal		☐	☐
Dificultad para alimentarse		☐	☐	Pústulas escasas en piel		☐	☐	Ombiligo supurado		☐	☐
Convulsiones		☐	☐	Pústulas extensas en piel		☐	☐	Supuración de ojos más edema		☐	☐
Letargia, incoherencia, fátiga		☐	☐	Tiraje subcostal (acentuado)		☐	☐	Supuración de ojos		☐	☐
Vómito todo		☐	☐	Ictericia debajo del ombiligo		☐	☐	Fontanela abombada		☐	☐
Cambios de coloración en la piel		☐	☐	Placas blancas en la boca		☐	☐	Manifestación de sangrado		☐	☐
		☐	☐			☐	☐	Distensión Abdominal		☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐				

1.1 DIARREA:	SI	☐	NO	☐	7 días o más de duración	SI	☐	NO	☐	Sangre en las heces:	SI	☐	NO	☐	Anormalmente somnoliento:	SI	☐	NO	☐										
										SI NO SI NO SI NO																			
Piel vuelve a su estado anterior lentamente										Piel vuelve a su estado anterior muy lentamente																			
										SI NO SI NO SI NO																			
1.2 INMUNIZACIONES DE LA MADRE :										Atifetánica:										SI	☐	NO	☐	1.3 Atención Puerperal de la Madre:	SI	☐	NO	☐	
										Antirrubéola:										SI	☐	NO	☐	1.4 Planificación Familiar:	SI	☐	NO	☐	Cuál método :

NIÑO (A) DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD				Primer consulta		Subsecuente	
SIGNOS GENERALES DE PELIGRO:		TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR:		DIARREA:		FIEBRE: Riesgo de malaria:	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Dejó de comer o beber	☐	Respiraciones por minuto	☐	14 días o más de duración	☐	Fiebre por 7 días o más de	☐
Vomita todo	☐	Respiración rápida	☐	Sangre en las heces	☐	Duración y todos los días	☐
Convulsiones	☐	Tiraje subcostal	☐	Inquieto irritable	☐	Zona de alto riesgo de malaria	☐
Anormalmente somnoliento	☐	Estridor en reposo	☐	Ojos hundidos	☐	Gota gruesa positiva	☐
Dificultad para despertar	☐	Sibilancias	☐	Bebe ávidamente con sed	☐	Rigidez de Nuca	☐
		21 días o más de duración	☐	Piel vuelve lentamente	☐	Coriza / ojos Enrojecidos	☐
			☐	Piel vuelve muy lentamente	☐	Erupción cutánea generalizada	☐
			☐	Manifestaciones de sangrado	☐	Manifestaciones de sangrado	☐

SOSPECHA DE DENGUE:			SOSPECHA DE LEPTOSPIROSIS:			DESNUTRIC. GRAVE O ANEMIA:	
SI	NO		SI	NO		SI	NO
☐	☐	Vómitos persistentes	☐	☐	Taquicardia	☐	☐
☐	☐	Dolor abdominal	☐	☐	Hemorragia	☐	☐
☐	☐	Hepatomegalia	☐	☐	Pulso débil	☐	☐
☐	☐	Friedad distal	☐	☐		☐	☐
PROBLEMAS DE OÍDO:			PROBLEMAS DE GARGANTA:				
SI	NO		SI	NO		SI	NO
☐	☐	Dolor de oído	☐	☐	Dolor de garganta	☐	☐
☐	☐	Supuración del oído	☐	☐	Ganglios crecidos o dolorosos	☐	☐
☐	☐	Supuración 14 días o más?	☐	☐	Exudados blancos en la garganta	☐	☐
☐	☐	Tumefacción detrás de oreja	☐	☐	Enrojecimiento de la garganta	☐	☐
						Emaciación grave visible	
						Edema en ambos pies	
						Palidez palmar leve	
						Palidez palmar intensa	
						Sobrepeso / Obesidad	

MALNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL PARA LA EDAD:
 Determinar el estado nutricional: Peso (Kg): _____ Talla: _____ cm INTERPRETAR Peso/longitud-talla: _____ Talla-Longitud/edad: _____
 Peso/edad: _____ IMC/Edad: _____

MENOR DE 2 AÑOS O PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN, ANEMIA, DESNUTRICIÓN O RIESGO NUTRICIONAL:			
SI NO		SI NO	
¿Tiene dificultad para alimentarse?	☐	¿Si es amamantado ¿se amamanta durante la noche?	☐
¿Se alimenta al pecho materno?	☐	¿Se alimenta al pecho materno más de 8 veces al día?	☐
Si da otros alimentos ¿con que frecuencia?	☐	¿Usa pacha?	☐
		Durante la enfermedad: ¿Hubo cambios en la alimentación?	
SÍES MENOR DE 6 MESES O ALGUNA RESPUESTA A LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES INSATISFACTORIA, OBSERVAR:			
Presencia de placas blancas en la boca: SI ☐ NO ☐		Problemas de posición SI NO ☐	
EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO:		Problemas de agarre ☐	
Problemas de succión SI NO ☐			
MICRONUTRIENTES		SOSPECHA DE MALTRATO	
SI NO		SI NO	
Hierro	☐	Lesiones Físicas	☐
Vitamina A	☐	Comportamiento alterado del niño/a	☐
Otros	☐	Comportamiento alterado de cuidador/a	☐
		El niño/a expresa espontáneamente el maltrato	☐
IMUNIZACIONES		ESQUEMA VACUNACIÓN COMPLETO PARA SU EDAD	
		Nombre y dosis vacuna(s) a aplicarse:	

[illegible]

60-66 MESES	SI	NO	67-71 MESES	SI	NO
Cepilla sus dientes	☐	☐	Juega con otros niños	☐	☐
Señala línea larga	☐	☐	Dibuja una persona con 6 partes	☐	☐
Define 5 palabras	☐	☐	Hace analogías	☐	☐
Se para en 1 pie	☐	☐	Marcha punta talón	☐	☐
Por 5 seg					

EVALUAR OTROS PROBLEMAS: (Cualquiera que no aparezca en los segmentos anteriores, como problemas del piel, IVU, etc.)

CLASIFICACIÓN SEGÚN CUADROS DE PROCEDIMIENTOS AIEPI: CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD, ESTADO NUTRICIONAL, DESARROLLO INFANTIL, SOSPECHA DE MALTRATO Y/O ABUSO SEXUAL.

TRATAMIENTO:

ORIENTACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN:

PRÓXIMA CONSULTA:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

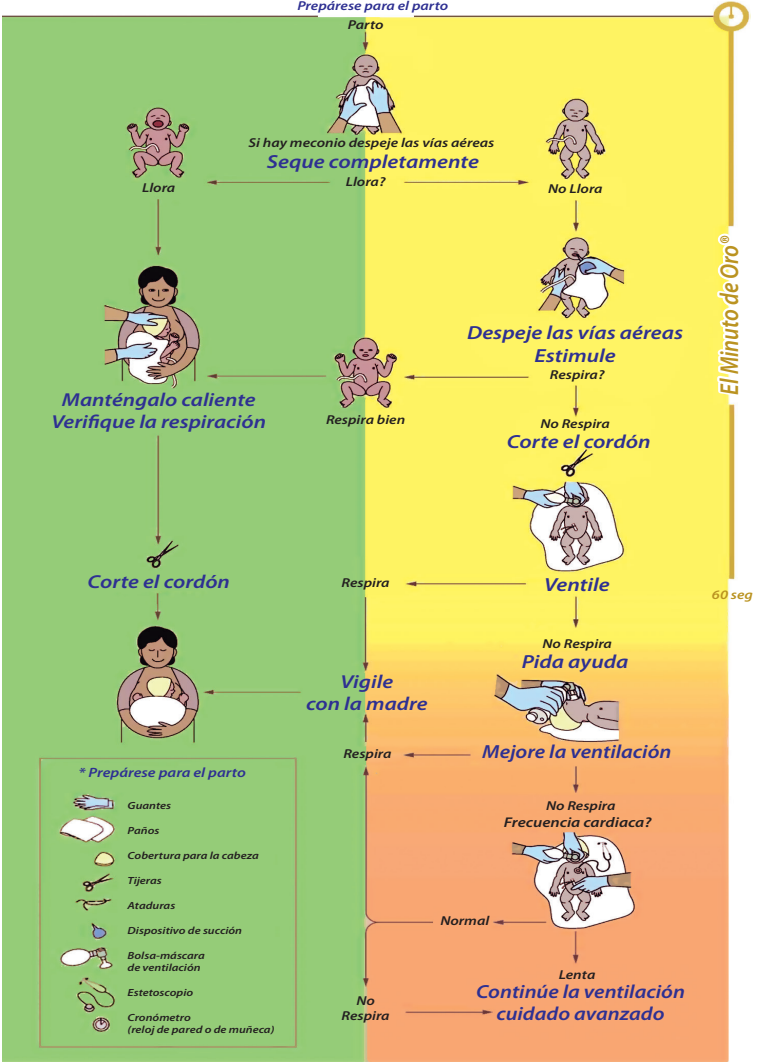
REFERIDO SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL PERSONAL DE SALUD:

FIRMA:

ANEXO 6

PLAN DE ACCION
Ayudando a los Bebés a Respirar



Trace seis casos

1	2	3	4	5	6
Si hay meconio, despeje las vías aéreas					
Seque completamente	Seque completamente	Seque completamente	Seque completamente	Seque completamente	Seque completamente
Llora	No Llora	No Llora	No Llora	No Llora	No Llora
Manténgalo caliente verifique respiración	Manténgalo caliente, posicione la cabeza	Manténgalo caliente, posicione la cabeza	Manténgalo caliente, posicione la cabeza	Manténgalo caliente, posicione la cabeza	Manténgalo caliente, posicione la cabeza
	Despeje las vías aéreas	Despeje las vías aéreas	Despeje las vías aéreas	Despeje las vías aéreas	Despeje las vías aéreas
	Estimule la respiración	Estimule la respiración	Estimule la respiración	Estimule la respiración	Estimule la respiración
Respira bien	Respira bien	No respira	No respira	No respira	No respira
Corte el cordón	Corte el cordón	Corte el cordón	Corte el cordón	Corte el cordón	Corte el cordón
Atención de rutina	Atención de rutina	Ventile	Ventile	Ventile	Ventile
		Respira bien	No respira	No respira	No respira
		Vigile con la madre	Pida ayuda	Pida ayuda	Pida ayuda
			Continúe/mejore la ventilación	Continúe/mejore la ventilación	Continúe/mejore la ventilación
			Respira	No respira	No respira
			Vigile con la madre	Continúe la ventilación	Continúe la ventilación
				Frecuencia cardíaca normal	Frecuencia cardíaca lenta o normal
				Respira	No Respira
				Vigile con la madre	Continúe la ventilación Cuidado Avanzado

Hay 3 preguntas importantes en el Plan de Acción:

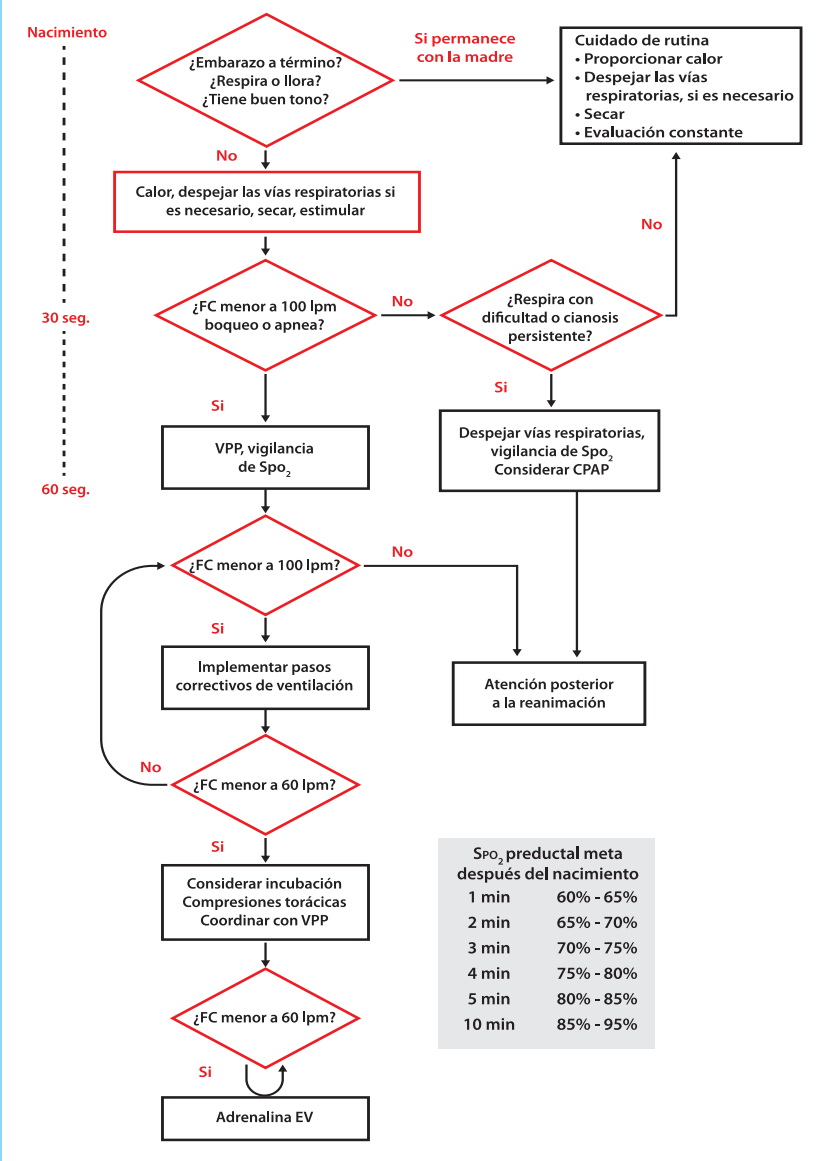
- Llora?
- Respira?
- Frecuencia cardíaca?

Las respuestas a estas preguntas identifican diferentes rutas del Plan de Acción y varios casos diferentes, como se muestra arriba. Trace cada una de los casos descritos arriba en el Plan de Acción (página 36) Recuerde, si hay meconio en el líquido amniótico, las vías aéreas deben despejarse antes de secar. La clave principal para el éxito con Ayudando a los Bebés a Respirar es la práctica. Practique durante el curso y tan frecuentemente como sea posible después del curso.

ANEXO 7

PROCEDIMIENTO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

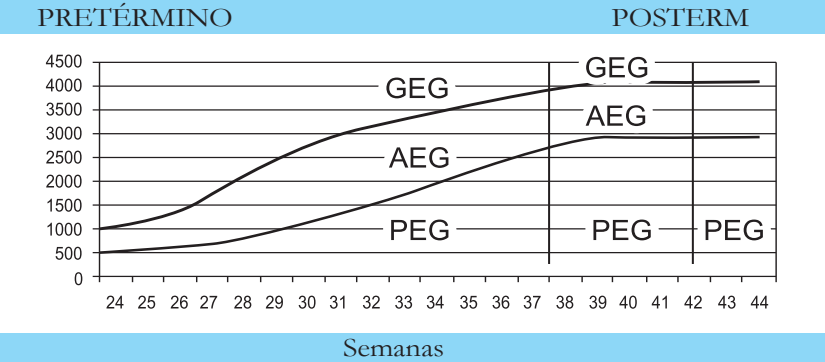
DETERMINE LA EDAD GESTACIONAL POR FUM Y EXAMEN FISICO



FORMA DE LA OREJA	Chata, deforme, pabellón no incurbado	Pabellón parcialmente incurbado en borde superior	Pabellón incurbado en todo el borde superior	Pabellón totalmente incurbado	CÁLCULO Se suman los puntajes totales de las 5 características. Al resultado se le suman 204 (constante). El resultado se divide entre 7 días
	0	8	16	24	
TAMAÑO GLÁNDULA MAMARIA	No palpable	Palpable, menor de 5 mm	Palpable, entre 5 y 10 mm	Palpable, mayor de 10 mm	
	0	5	10	15	
FORMACIÓN DEL PEZÓN	Apenas visible sin aréola	Diámetro menor de 7.5 mm. Aréola lisa y chata	Diámetro mayor de 7.5 mm. Aréola punteada. Borde no levantado	Diámetro mayor de 7.5 mm. Aréola punteada. Borde levantado	
	0	5	10	15	
TEXTURA DE LA PIEL	Muy fina, gelatinosa	Fina. Lisa	Más gruesa. Descamación superficial discreta	Gruesa. Grietas superficiales. Descamación en manos y pies	Gruesa. Grietas profundas. Apergaminadas
	0	5	10	15	
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues	Marcas mal definidas en la mitad anterior	Marcas bien definidas en la mitad anterior. Surcos en la mitad anterior	Surcos en la mitad anterior	Surcos en más de la mitad anterior
	0	5	10	15	20

Fuente: Capurro H, Konichezky S y col. Buenos Aires, Nov. 1972.

CLASIFIQUE POR PESO Y EDAD GESTACIONAL



ANEXO 8

ORIENTAR A LA MADRE PARA QUE TANTO ELLA COMO OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA MANTENGAN UN ESTIMULO CONSTANTE DEL NIÑO O NIÑA

Para niños y niñas menores de dos meses de edad

- Orientar a la madre para que tanto ella como otros miembros de la familia o convivientes mantengan un diálogo con el niño o niña buscando un contacto visual (ojo con ojo).
- Estimular visualmente al niño o niña con objetos coloridos, a una distancia mínima de 30 centímetros, realizando pequeños movimientos oscilatorios a partir de la línea medía.
- Colocar al niño o niña en posición decúbito ventral, para estímulo cervical, llamando la atención del niño o niña poniéndose al frente, y haciendo también una estimulación visual y auditiva.

Para niños y niñas de dos a tres meses de edad

- Interactuar con el niño o niña estableciendo contacto visual y auditivo (conversar con el bebé).
- Darle oportunidad al niño o niña de quedar en una posición sentada con apoyo, para que pueda ejercitar el control de la cabeza.
- Tocar las manos del niño o niña con pequeños objetos, estimulando que el o ella los tome.

Para niños y niñas de cuatro a cinco meses de edad

- Poner juguetes a pequeña distancia del niño o niña, dando la oportunidad para que intente alcanzarlos.
- Darle al niño o niña objetos en la mano, estimulándolo para que se los lleva a la boca.
- Proporcionar estímulos sonoros o auditivos, fuera de su alcance visual, para que localice el sonido.
- Estimular al niño o niña haciendo palmas o jugando para que pase solo de la posición supina a la pronación

Para niños y niñas de seis a ocho meses de edad

- Jugar con el niño o niña a taparse y descubrirse, utilizando paños para cubrir el rostro del adulto y descubrirlo.
- Dar al niño o niña juegos fáciles de ser manejados, para que pueda pasarlos de una mano a otra.
- Mantener un diálogo constante con el niño o niña, introduciendo palabras de fácil sonorización (dá – dá – pá – pá).
- Dejar al niño o niña jugar sentada en el suelo (en una colchoneta o estera) o dejarla en decúbito ventral, estimulando que ella se arrastre y posteriormente gatee.

Para niños y niñas de nueve a once meses de edad

- Jugar con el niño o niña a través de música, haciendo gestos (batir palmas, decirle adiós con la mano) solicitando que responda.
- Promover el contacto del niño o niña con objetos pequeños (semillas de maíz, porotos o frijoles, cuentas etc.) para que pueda tomarlos con los dedos utilizándolos como una pinza (observar que el niño o niña no se lleve los objetos a la boca).
- Conversar con el niño o niña estimulando que domine el nombre de las personas y objetos que lo rodean.
- Dejar al niño o niña en un sitio en que ella pueda cambiar de posición: de estar sentado a estar de pie con apoyo; por ejemplo al lado de una mesa, un sofá o una cama, y donde pueda desplazarse tomándose de estos objetos.

Para niños y niñas de doce a catorce meses de edad

- Estimular al niño o niña para que salude con la mano (diga adiós), tire besos, aplauda, atienda al teléfono, etc.
- Dar al niño o niña 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 o niña palabras simples a través de rimas, músicas y sonidos comúnmente hablados (palabras completas).
- Posibilitar que el niño o niña pueda desplazarse pequeñas distancias tomándose de objetos para promover que camine sin apoyo

Para niños y niñas de quince a diecisiete meses de edad

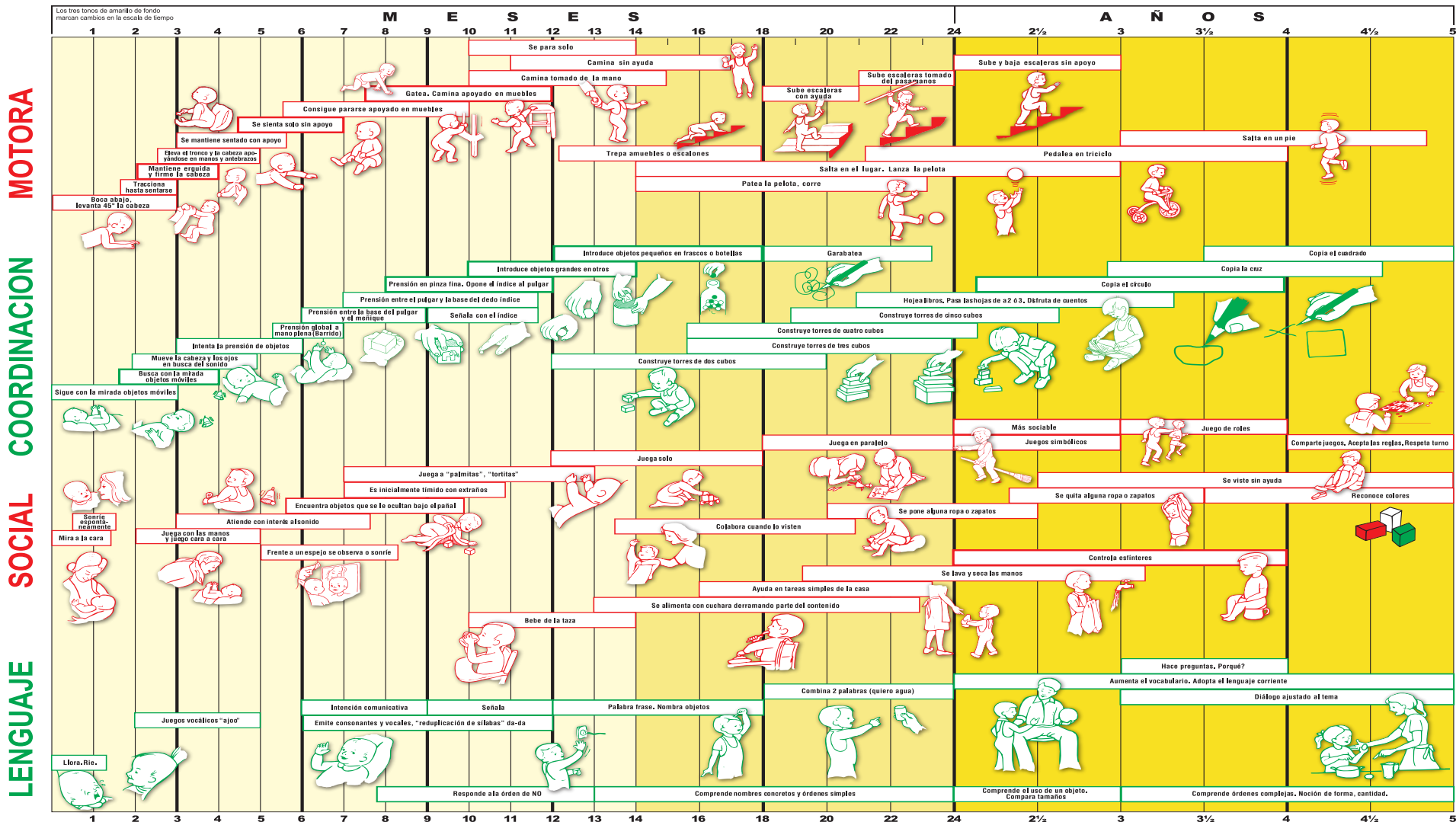
- Solicitar al niño o niña objetos diversos, pidiéndoselos por el nombre, ayudando de este modo a aumentar su repertorio de palabras y conocimiento, así como las funciones de dar, traer, soltar y siempre que sea posible demostrarle cómo hacerlo.
- Darle al niño o niña papel y crayones para fomentar su autoexpresión (garabateo espontáneo).
- Jugar con el niño o niña pidiéndole que camine para adelante y para atrás, inicialmente con ayuda

Para niños y niñas de dieciocho a veintitrés meses de edad

- Estimular al niño o niña a ponerse y sacarse sus vestimentas en los momentos indicados, inicialmente con ayuda.
- Jugar con el niño o niña con objetos que puedan ser aplicados, demostrando cómo hacerlo.
- Solicitar el niño o niña que señale figuras de revistas y jugos que ya conoce.
- Jugar con el niño o niña a patear la pelota (hacer gol).

ANEXO 9

EVOLUCION ESQUEMATICA DE LAS CONDUCTAS DEL DESARROLLO HASTA LOS 5 AÑOS



MOTORA

Al principio los movimientos son bruscos, amplos e incoordinados. Más tarde los movimientos aparecerán lentos, limitados y coordinados. Tiende a complementarse el control de la motricidad gruesa (movimientos que comprenden grandes áreas del cuerpo) como por ejemplo: sentarse, caminar, correr. Finalmente se irá adquiriendo el control de la motricidad fina (movimientos que le permitirán realizar conductas complejas como: patear la pelota, dibujar, escribir, y desarrollar así su capacidad de autonomía e independencia).

Las direcciones del desarrollo motor son cefalo-caudal, próximo-distal y de actividades globales a específicas.

COORDINACION

Observa la integración de funciones sensorio-motrices ante objetos y situaciones.

Coordinación Audio-visual. (Le permite buscar con la mirada la fuente de sonido).

Coordinación Oculo-manual. (Le permite desarrollar el proceso de la presión ante los objetos que se encuentran a su alcance).

Más tarde adquiere destrezas manuales complejas (introducir objetos pequeños dentro de frascos o botellas) y finalmente podrá abrir y cerrar puertas, pasar hojas de un libro, dibujar, vestirse o desvestirse cuando la flexión de la muñeca y la rotación del antebrazo comiencen a desarrollarse.

SOCIAL

Observa las reacciones del niño ante el medio en que vive.

La relación con la madre y luego con otras personas.

La capacidad de alimentarse, vestirse, jugar, etc.

La capacidad de integración y adaptación al ambiente.

Observa las conductas de interacción, el proceso de socialización, individuación, autonomía e independencia.

LENGUAJE

Observa toda forma de comunicación audible o visible, sean movimientos posturales, vocalizaciones, palabras u oraciones.

Incluye: La imitación
La comprensión
El lenguaje articulado

La mirada, el gesto, la percepción del sonido y la expresión verbal son formas de lenguaje.

Este material se ha elaborado basado en trabajos de: Frankenburg, W.; Gessel, A.; Wingworth, R.S.; Boyd, R.D.

Para ampliar detalles, favor consultar las publicaciones CLAP N° 1062 y 1145.

Martell, M. Ruggia, R.
Martinez, G. López de Cayaña, A.C.
Pintaluba de Ribeiro, A. Bolitzky, R.

Centro Latinoamericano de Perinatología
Salud de la Mujer y Reproductiva
www.clap.ops-oms.org

- Estos esquemas se elaboraron y difunden con propósitos didácticos para recordar a los integrantes del equipo de salud aspectos relevantes del desarrollo.
- Se espera facilitar la comunicación y participación de la familia al aclarar las dudas de los padres, al anticiparles la cronología de los cambios en los niños y al favorecer las oportunidades de estimulación.
- Esta guía muestra las conductas esperadas en niños de término y con bajo riesgo de alteraciones.

Pese a la manifiesta variabilidad del proceso de desarrollo se pueden orientar acciones en casos de evolución muy diferente.

- Cada conducta está integrada por logros. Los logros son etapas clave en la vida del niño (sentarse, caminar, etc.) que resumen el correcto cumplimiento de secuencias anteriores, en tiempo y forma y sobre las cuales se apoyan las nuevas adquisiciones.
- Cada logro se representa por un rectángulo con una leyenda interior que lo explica. El rectángulo señala el intervalo de tiempo en que ese logro aparece en niños con bajo riesgo de alteraciones (rango de normalidad). El borde izquierdo representa en tiempo el percentilo 25 y el borde derecho el percentilo 90.

En cada conducta se seleccionaron los logros mejor definidos y de más sencilla exploración. Basta emplear la observación directa y el interrogatorio a la madre.

- Las líneas gruesas verticales señalan los momentos más oportunos para realizar evaluaciones seriadas del Desarrollo.
- Ubique la edad cronológica posnatal en la línea horizontal superior y trace una vertical imaginaria.
 - Busque en cada conducta los logros (rectángulos) que quedan interceptados y observe si están presentes en el niño.
 - Verifique si están presentes los logros que quedan a la izquierda de la línea, sin ser interceptados por ella. (ya presentes en el 50% de los niños de esa edad).
- La ilustración situada bajo cada rectángulo interpreta el logro y aclara su exploración.
- Para los nacidos de pretérmino se requiere emplear la edad corregida.

- El desarrollo del niño es un proceso complejo cuya evaluación se beneficia con las observaciones seriadas.
- El resultado de una observación es orientador pero puede no ser concluyente.
- La ausencia de logros que deberían estar presentes para la edad debe llamar la atención, conducir a observaciones más frecuentes y a determinar si existen condiciones de baja estimulación.

Son indicación de consulta especializada:

- La ausencia de logros a edades en que la mayoría de los niños lo presentan.
- El entorpecimiento manifiesto en la adquisición de nuevos logros.
- La falta de progreso en períodos prudenciales de tiempo.

ANEXO 10

PUNTAJE AMPLIADO DE BALLARD PARA EL CALCULO DE LA EDAD GESTACIONAL

**Lavarse las manos
antes y después de
examinar al recién
nacido**

	Madurez neuromuscular	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (muñeca)	> 90 °	90 °	60 °	45 °	30 °	0 °	
Regreso de brazo	180 °	180 °	140-180 °	110-140 °	90-110 °	90 °	
Angulo poplíteo		160 °	140 °	120 °	100 °	90 °	< 90 °
Signo de la bufanda							
Talón oreja							

Madurez física	-1	0	1	2	3	4	5
Piel	Resbaladiza friable transparente	Gelatinosa, roja, translúcida	Lisa, rosada, venas visibles	Descamación superficial y/o rash, algunas venas	Quebradizas áreas de palidez muy pocas venas	Huellas profundas quebradiza, no vasos	Apergaminada, quebradiza. arrugada
Lanugo	Ninguno	Esparcido	Abundante	Fino	Áreas calvas	La mayoría calvo	
Pliegues plantares	Talón-pulgar 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	>50 mm sin pliegues	Marcas rojas, borrosas	Pliegues transversos sólo anteriores	Pliegues anteriores 2/3	Pliegues en toda la planta	
Mama	Imperceptible	Poco perceptible	Areóla plana, no pezón	Areóla punteada 1-2 mm de pezón	Areóla levantada 3-4 mm de pezón	Areóla completa 5-10 mm de pezón	
Ojo/Oreja	Párpados fusionados: Completo: -1 Parcial: -2	Párpados abiertos. Pabellón plano, permanece doblado	Pabellón incurbado; suave y regresa lentamente	Pabellón bien incurbado; suave pero regresa rápido	Formado y firme, regresa lentamente	rtílago marcado, oreja rígida	
Genitales masculinos	Escroto plano. liso	Escroto vacío, sin arruga	Testículos en canal superior, arrugas muy raras	Testículos descendiendo, algunas arrugas	Testículos descendidos. buenas arrugas	Testículos péndulos, arrugas profundas	
Genitales femeninos	Clítoris prominente, labios planos	Clítoris prominente, labios menores pequeños	Clítoris prominente, labios menores alargados	Labios mayores y menores igualmente prominentes	Labios mayores grandes y menores pequeños	Labios mayores cubren el clítoris y a labios menores	

CÁLCULO	
Puntos	Semanas
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

ANEXO 11

TABLA DE CONVERSIÓN

CONVERTIR LIBRAS Y ONZAS A GRAMOS														
Onzas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
0	0	454	907	1361	1814	2268	2722	3175	3629	4082	4536	4990	5443	5897
1	28	428	936	1389	1843	2296	2750	3203	3657	4111	4564	5018	5471	5925
2	57	510	964	1417	1871	2325	2778	3232	3685	4139	4593	5046	5500	5953
3	85	539	992	1446	1899	2353	2807	3260	3714	4167	4621	5075	5528	5982
4	113	567	1021	1474	1928	2381	2835	3289	3742	4196	4649	5103	5557	6010
5	142	595	1049	1503	1956	2410	2863	3317	3770	4224	4678	5131	5585	6038
6	170	624	1077	1531	1984	2438	2892	3345	3799	4552	4706	5160	5613	6067
7	198	652	1106	1559	2013	2466	2920	3374	3827	4281	4734	5188	5642	6095
8	227	680	1134	1588	1041	2495	2948	3402	3856	4309	4763	5216	5670	6123
9	255	709	1162	1616	1070	2523	2977	3430	3884	4337	4791	5245	5698	6152
10	283	737	1191	1644	1098	2551	3005	3459	3912	4366	4819	5273	5727	6180
11	312	765	1219	1673	2126	2580	3033	3487	3941	4394	4848	5301	5755	6209
12	340	794	1247	1701	2155	2608	3062	3515	3969	4423	4876	5330	5783	6237
13	369	822	1276	1729	2183	2637	3090	3544	3997	4451	4904	5358	5812	6265
14	397	850	1304	1758	2211	2665	3118	3572	4026	4479	4933	5386	5840	6294
15	425	879	1332	1786	2240	2693	3147	3600	4054	4508	4961	5415	5868	6322

CONVERTIR GRADOS FAHRENHEIT A GRADOS CENTÍGRADOS							
° F	° C	° F	° C	° F	° C	° F	° C
95.0	35.0	98.0	36.7	101.0	38.3	104.0	40.0
95.2	35.1	98.2	36.8	101.2	38.4	104.2	40.1
95.4	35.2	98.4	36.9	101.4	38.6	104.4	40.2
95.6	35.3	98.6	37.0	101.6	38.7	104.6	40.3
95.8	35.4	98.8	37.1	101.8	38.8	104.8	40.4
96.0	35.6	99.0	37.2	102.0	38.9	105.0	40.6
96.2	35.7	99.2	37.3	102.2	39.0	105.2	40.7
96.4	35.8	99.4	37.4	102.4	39.1	105.4	40.8
96.6	35.9	99.6	37.6	102.6	39.2	105.6	40.9
96.8	36.0	99.8	37.7	102.8	39.3	105.8	41.0
97.0	36.1	100.0	37.8	103.0	39.4	106.0	41.1
97.2	36.2	100.2	37.9	103.2	39.6	106.2	41.2
97.4	36.3	100.4	38.0	103.4	39.7	106.4	41.3
97.6	36.4	100.6	38.1	103.6	39.8	106.6	41.4
97.8	36.6	100.8	38.2	103.8	39.9	106.8	41.6

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

ANEXO 12

PROCEDIMIENTO PARA COLOCAR SONDA NASOGÁSTRICA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 4 AÑOS

COLOCACIÓN DE LA SONDA NASOGÁSTRICA

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

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

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

ADMINISTRAR DIAZEPAM POR VÍA RECTAL

- Extraiga la dosis de una ampolla de Diazepam con una jeringa de tuberculina (1 ml). Calcule la dosis en el peso del niño o niña, siempre que sea posible. Luego separe la aguja de la jeringa.
- Inserte la jeringa de 4 a 5 cm en el recto e inyecte la solución de diazepam.
- Sostenga las nalgas juntas durante algunos minutos.

ANEXO 13

INCREMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO

Antecedentes Uno de los modificadores más importantes de la ganancia de peso durante el embarazo y su repercusión sobre la salud de una madre y de su bebé, es peso de la mujer al comienzo del embarazo. La medida mejor disponible de peso de preembarazo es el Índice de Masa Corporal (IMC) que ha sido incorporado en las nuevas directrices desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud.

Estudios epidemiológicos y experimentales, han mostrado que la influencia medioambiental temprana en la vida pueden “programar” la susceptibilidad a enfermedades futuras y que estos efectos pueden ser transmitidos a subsecuentes generaciones a través de mecanismos no genéticos (epigenéticos) con profundas implicaciones para la salud humana. El peso al nacer y el peso y talla a los 20 meses de edad de la madre (pero no el del padre) se asocia positivamente al peso al nacer en la siguiente generación.

En investigaciones recientes se ha encontrado que al recién nacido Pequeño para la Edad Gestacional (PEG) y al Peso Bajo al Nacer (PBN) se les asocia con más riesgo de obesidad central, resistencia a la insulina, síndrome metabólico, diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedad coronaria en el futuro. Estas asociaciones son potenciadas por la rápida ganancia de peso en la niñez. También se ha observado que un peso alto al nacer se asocia a obesidad posterior y sus consecuencias.

En la tabla siguiente se muestran las nuevas recomendaciones en Ganancia de Peso Total y por trimestre durante el embarazo según el IMC preembarazo:

IMC ^a preembarazo	Ganancia de peso recomendado en embarazadas*			
Clasificación	IMC (Kg/m2)	Durante todo el embarazo (Libras)	II y III trimestre Promedio: Libras/sem. (rango)	Durante todo el embarazo, en embarazos multiples (Libras)
Peso Bajo	< 18,5	28-40	1 (1,0-1,3)	
Peso Normal	18,5-<25	25-35	1 (0,8-1,0)	37-45
Sobrepeso	25,0-30,0	15-25	0,6 (0,5-0,7)	31-50
Obesa (toda clase)	≥30,0	11-20	0,5 (0,4-0,6)	25-42

Fuente: IOM (Institute of Medicine), 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press. IOM, www.iom.edu.

*Calculo que asume una ganancia de peso en el primer trimestre del embarazo de 0.5-2 kg (1.1-4.4 lbs), basados en Siega Riz et al., 1994; A, 1995; Carmichel et al., 1997.

^a IMC: índice de masa corporal, clasificación del IMC (peso en kg / talla en m2) de OMS. Obesidad (IMC): clase I, 30 - < 35, Clase II, 35- < 40, Clase III ≥ 40 kg/ m2.

Lograr el aumento de peso recomendado permite que más niños tengan el peso óptimo (3.500- 4.250 g) al nacer y menos recién nacidos: pretérmino, pequeño para la edad gestacional (PEG), grandes para la edad gestacional (GEG), peso bajo al nacer (PBN) y pesos subóptimos (2.500-3.500 g).

La mortalidad neonatal e infantil es menor cuando al nacer se tiene, edad gestacional entre 39-41 semanas y pesos entre 3.500-4.250 g. El IMC pre Embarazo y el aumento de peso en el embarazo arriba o por debajo de lo recomendado por el IOM son factores de riesgo asociados a resultados maternos, perinatal, neonatal, infantil y del adulto desfavorables a corto y largo plazo. A corto plazo: muerte perinatal y neonatal, recién nacidos pretérmino, pequeño y grande para la edad gestacional y MFC (del tubo neural y otras). A largo plazo (alteración de la adiposidad y masa magra) con repercusiones cardíacas y metabólicas.

El IMC preconcepcional bajo y el incremento de peso durante el embarazo por debajo de lo recomendado por el IOM, se asocian de manera individual y se potencian al sumarse a mayor riesgo de RN PEG, PBN y pretérmino, así como el IMC preconcepcional y el aumento de peso durante el embarazo por arriba de lo recomendado por el IOM se asocia a recién nacidos GEG y macrosómicos. A la embarazada obesa o con sobrepeso se le debe instruir sobre el incremento de riesgo estadísticamente significativo que tiene ella de sufrir complicaciones como: mortalidad materna, hipertensión y diabetes gestacional, preeclampsia, trastornos depresivos graves y menor lactancia materna, enfermedades cardíacas y pulmonares y apnea obstructiva del sueño, cesáreas, tromboembolismo venoso y para el feto y neonato aumenta el riesgo demalformaciones congénitas, macrosomía, GEG y trauma obstetrico, abortos y mortalidad perinatal-neonatal. La obesidad en la embarazada se asocia directa o indirectamente al aumento de la mortalidad materna en el 52% cuando el IMC > 25 y en el 27 % la mortalidad se ha asociado a IMC ≥ 30.

Existe una fuerte evidencia que apoya la asociación entre ganancia de peso durante el embarazo y los siguientes resultados: nacimiento pretérmino, bajo peso al nacer, macrosomía, recién nacidos grandes para su edad gestacional, recién nacidos pequeños para su edad gestacional. También hay evidencia de mayores resultados adversos durante la labor y el parto (211-236).

ANEXO 14

Mediciones de peso y talla*

La confiabilidad en la toma del peso depende de:

- Obtener la edad exacta
- Dominio de la técnica de peso y talla (es preferible que la medición lo realice la misma persona).
- Estado emotivo del niño
- Vestimenta ligera
- Sensibilidad de la balanza y su mantenimiento
- Contar con sistema de control de calidad eficiente

Es importante registrar el sexo y determinar la edad correcta de la niña o niño al evaluar los datos antropométricos, ya que los estándares de referencia para el crecimiento están divididos por sexo y en categorías de edad. De llegar a registrarse la edad en forma inadecuada la evaluación nutricional de la niña o niño será incorrecta.

Medición del peso:

Explique a la madre o acompañante las razones para pesar al niño o niña, por ejemplo para ver cómo está creciendo, como se recupera de una enfermedad reciente, o como responde a los cambios de alimentación que se han hecho, o a sus cuidados. Debe tener presente las siguientes recomendaciones:

Procedimientos:

1. Explique a la madre o acompañante que cada vez que se pese al niño o niña, debe desvestirlo/, para obtener un peso más exacto.
2. Tome en cuenta que un pañal húmedo, zapatos o pantalones pesan más 0,5 kg.
3. Los bebés más pequeños deben pesarse desnudos. Envuélvalo en una sábana para mantenerlos calientes hasta la toma del peso.
4. Los niños o niñas mayores deben desvestirse, dejándoles la ropa interior.
5. Solamente en el extremo caso que el niño o niña, no quiera desvestirse y se inquieta, puede pesarlo, pero anote en el Registro del crecimiento, que el niño o niña estaba vestido. Es importante evitar que el niño o niña se irrite para una correcta medida de la longitud/talla.

6. En caso de las niñas, se deben quitar los accesorios de pelo, porque pueden interferir con la medición en la longitud/talla, deshaga las trenzas o quítele los accesorios de pelo antes de la toma del peso para evitar retraso entre las mediciones.

Medición de longitud/talla:

Dependiendo de la edad del niño o niña y de su habilidad de ponerse de pie, mida la longitud o talla. La longitud se mide en posición acostado boca arriba (decúbito supino). La talla se mide de pie en posición vertical.

- Si un niño o niña es menor de 2 años de edad, mida la longitud en posición acostado boca arriba.
 - Si el niño o niña, tiene 2 años o más, mida la talla de pie.
- En general la talla de pie es alrededor de 0,7 cms menos que la longitud, por la posición acostada boca arriba.
- Si un niño o niña menor de 2 años no permite ser acostado boca arriba para medirle la longitud, mídale la talla de pie y sume 0,7 cms para convertirla a longitud.
 - Si un niño o niña tiene 2 o más años de edad y no es capaz de ponerse de pie, mida la longitud y reste 0,7 cms para convertirlo en talla.

El equipo necesario para medir la longitud es el infantómetro (una tabla de medición para la longitud), el cual debe de colocarse en una superficie plana y sólida como una mesa. Para medir la talla use un tallímetro (una tabla de medición de talla) montado en un ángulo recto entre el nivel del piso contra una superficie vertical recta como una pared o un pilar.

Durante la medición es necesario que la madre colabore para mantener tranquilo y cómodo al niño o niña. Explique a la madre que es importante para tener una medición correcta. Responda a las preguntas que ella pueda tener.

Determinando la longitud:

Cubra el infantómetro con un papel suave o sábana muy delgada por higiene y comodidad del niño o niña. Explique a la madre que es necesario que ella coloque al niño o niña, que le ayude a mantener la cabeza en posición correcta, mientras usted toma la medición. Una vez que ha explicado pídale a la madre lo siguiente:

Que lo coloque boca arriba con su cabeza contra la pieza fija para la cabeza, presionando suavemente el pecho.

Posicione la cabeza rápidamente de manera que una línea vertical imaginaria entre el conducto auditivo externo y el borde inferior de la órbita del ojo esté perpendicular a la tabla. (Los ojos del niño o niña deben estar mirando recto). Pida a la madre que se coloque por detrás de la pieza fija para la cabeza y que mantenga la cabeza del niño o niña en esta posición.

La rapidez, es importante. Párese del lado de la tabla para longitud donde usted pueda ver la cinta métrica y mover la pieza para los pies.

- Revise que el niño o niña esté acostado rectamente a lo largo de la tabla y que no cambie su posición. Los hombros deben tocar la tabla, y la espina dorsal no debe estar arqueada.
- Pídale a la madre que le avise si el niño o niña arquea su espalda o si cambia de posición.
- Sujete las piernas del niño o niña con una mano y mueva la pieza para los pies con la otra mano. Aplique presión, suave sobre las rodillas para estirar las piernas tanto como se pueda sin causar daño. Nota: No es posible estirar tanto las rodillas de un recién nacido tanto como es posible para niños mayores. Sus rodillas son frágiles y pueden dañarse fácilmente de manera que debe aplicar el mínimo de presión.
- Si un niño o niña está inquieto y no es posible mantener ambas piernas en la posición correcta, tome la medición con una sola pierna.
- Mientras sostiene las rodillas, empuje la pieza para los pies. Las plantas de los pies deben estar planas contra la pieza, los dedos deben apuntar hacia arriba. Si el niño o niña dobla los dedos y no permite que la pieza toque las plantas haga cosquillas y cuando el niño o niña estire los dedos deslice rápidamente la pieza para los pies.
- Lea la medición y registre en la hoja de seguimiento y tarjeta AIN, la longitud del niño o niña en centímetros, hasta el último 0,1 cm., completado. El cual es la última línea que usted es capaz de ver (0.1 cm=1 mm).

Determine la talla (medición de pie)

Asegúrese que el tallímetro esté a nivel del piso. Revise que se haya quitado los zapatos, calcetines y accesorios para el pelo.

Trabajando con la madre y arrodillándose a fin de bajar al nivel en que se encuentra el niño o niña:

- Ayude al niño o niña a pararse en la base del tallímetro con los pies ligeramente separados. La parte de atrás de la cabeza, omoplato, glúteos, pantorrillas, talón debe tocar la tabla vertical.
- Pídale a la madre que sujete las rodillas y tobillos para ayudar a mantener las piernas estiradas y los pies planos con talones y pantorrillas tocando la tabla vertical. Pídale que lo mantenga tranquilo, mientras sea necesario y que le avise si el niño o niña cambia de posición.
- Coloque la cabeza del niño o niña de manera que una línea horizontal desde el conducto auditivo externo y el borde inferior de la órbita del ojo esté perpendicular a la tabla vertical. Sujete la barbilla del niño o niña entre el espacio que se forma entre su dedo pulgar y el índice, para mantener la cabeza del niño o niña en esa posición.
- Si es necesario presione suavemente el estómago del niño o niña para ayudarle a ponerse erguido hasta alcanzar su máxima talla.
- Mientras mantiene la cabeza en esta posición, use su otra mano para empujar la pieza para la cabeza hasta que se apoye firmemente sobre la cabeza y presione el pelo.
- Registre en la hoja de seguimiento y tarjeta de AIN.

***Dirección General de Servicios de Salud. Dirección de Normación. Normas de Atención Integral a la Niñez. Curso Clínico AIEPI. Managua 2009.**

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA EN EL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN

1. Benguigui Y. Niños sanos: la meta del 2002. Noticias sobre AIEPI. OPS/OMS/AIEPI No. 2 Dic. 1999
2. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Mortalidad materna, perinatal e infantil en América Latina y el Caribe. CLAP/OPS/OMS, 2001
3. Cerezo R, Cabrera-Meza G. Avances en el desarrollo y aplicación del componente neonatal de AIEPI. Noticias sobre AIEPI. OPS/OMS/AIEPI No. 9 Mar 2003.
4. Organización Panamericana de la Salud. Niños sanos: la meta del 2002. Declaración regional en apoyo a la estrategia AIEPI. OPS/OMS Washington Dc, Dic. 1999
5. Organización Panamericana de la Salud. La mortalidad por enfermedades transmisibles en la infancia en los países de la Región de las Américas. Boletín AIEPI No. 4, jun 2000
6. Pan American Health Organization/World Health Organization. Health situation in the Americas: basic indicators 2002. PAHO/SHA/02.01
7. Population Referente Bureau. World population data sheet, 2001
8. Roses M. AIEPI: avanzando en la implementación. Noticias sobre AIEPI. OPS/OMS/AIEPI No. 2 Dic. 1999
9. Roses M. La estrategia AIEPI y las metas del milenio para el desarrollo. Noticias sobre AIEPI. OPS/OMS/AIEPI No. 9 Mar 2003.
10. Roses M. La meta 2002. Noticias sobre AIEPI. OPS/OMS/AIEPI No. 3 May 2000.
11. Save The Children. Newborn Status in Latin America and the Caribbean. 2001
12. World Bank. Health indicators in America, 2001
13. Costello A. Integrated management of childhood illness. Lancet. 1997 Nov 1;350(9087):1266.
14. da Cunha AJ, Alves R, Goudois E, Orfalhais CS, Sant'Ana AM. Profile of complaints and clinical syndromes of children under 5 in Rio de Janeiro, Brazil: implications for the implementation of the Integrated Management of Childhood Illness strategy. Indian Pediatr. 2000 Mar;37(3):296-301.
15. El Arifeen S. Centre for IMCI Research and Training: a centre of excellence. Glimpse. 1998 Mar;20(1):5-6.
16. Felisberto E, de Carvalho EF, Maggi RS, Samico I. Implementation process evaluation of the Integrated Management Childhood Illness strategy in the Family Health Program, Pernambuco State, Brazil Cad Saude Publica. 2002 Nov-Dec;18(6):1737-45.
17. Fontaine O. Oral rehydration therapy: a critical component in integrated management of childhood illness. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2000 May;30(5):490.
18. Gove S, Tamburlini G, Molyneux E, Whitesell P, Campbell H. Development and technical basis of simplified guidelines for emergency triage assessment and treatment in developing countries. WHO Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Referral Care Project. Arch Dis Child. 1999 Dec;81(6):473-7.
19. Gove S. Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overview. The WHO Working Group on Guidelines for Integrated Management of the Sick Child. Bull World Health Organ. 1997;75 Suppl 1:7-24.
20. Gupta R, Sachdev HP, Shah D. Evaluation of the WHO/UNICEF algorithm for integrated management of childhood illness between the ages of one week to two months. Indian Pediatr. 2000 Apr;37(4):383-90.
21. Heiby JR. Quality improvement and the integrated management of childhood illness: lessons from developed countries. Jt Comm J Qual Improv. 1998 May;24(5):264-79.
22. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). A joint WHO/UNICEF initiative. Ginebra, Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1997
23. Integrated management of childhood illness: a WHO/UNICEF initiative. Bulletin of the World Health Organization, 1997, 75 (supl. No 1).
24. Integrated management of childhood illness: documentation of experience in seven countries, July 1995 to December 1996. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997
25. Kalter HD, Salgado R, Moulton LH, Nieto P, Contreras A, Egas ML, Black RE. Factors constraining adherence to referral advice for severely ill children managed by the Integrated Management of Childhood Illness approach in Imbabura Province, Ecuador. Acta Paediatr. 2003;92(1):103-10.

26. Lambrechts T, Bryce J, Orinda V. Integrated management of childhood illness: a summary of first experiences. *Bull World Health Organ.* 1999;77(7):582-94.
27. Nicoll A. Integrated management of childhood illness in resource-poor countries: an initiative from the World Health Organization. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2000 Jan-Feb;94(1):9-11.
28. No authors listed. Integrated management of childhood illness. *Rev Panam Salud Publica.* 1997 Aug;2(2):138-41.
29. No authors listed. Integrated management of childhood illness (IMCI) "Healthy Children: Goal 2002". *Epidemiol Bull.* 1999 Dec;20(4):3-6.
30. No authors listed. Integrated management of childhood illness (IMCI) in the Americas. *Epidemiol Bull.* 1998 Mar;19(1):1-8.
31. No authors listed. Integrated management of childhood illness: conclusions. WHO Division of Child Health and Development. *Bull World Health Organ.* 1997;75 Suppl 1:119-28.
32. No authors listed. Research to support household and community IMCI. Report of a meeting, 22-24 January 2001, Baltimore, Maryland, USA. *J Health Popul Nutr.* 2001 Jun;19(2):S111-48.
33. Patwari AK, Raina N. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): a robust strategy. *Indian J Pediatr.* 2002 Jan;69(1):41-8.
34. Pelto GH. Integrated management of childhood illness: challenges from the community. *Kangaroo.* 1994 Jul;3(1):64-6.
35. Robinson D. The integrated management of childhood illness. *Afr Health.* 1996 Sep;18(6):20-1.
36. Rowe AK, Hirschall G, Lambrechts T, Bryce J. Linking the integrated management of childhood illness (IMCI) and health information system (HIS) classifications: issues and options. *Bull World Health Organ.* 1999;77(12):988-95.
37. Shah D, Sachdev HP. Evaluation of the WHO/UNICEF algorithm for integrated management of childhood illness between the age of two months to five years. *Indian Pediatr.* 1999 Aug;36(8):767-77.
38. Wammanda RD, Ejembi CL, Iorliam T. Drug treatment costs: projected impact of using the integrated management of childhood illnesses. *Trop Doct.* 2003 Apr;33(2):86-8.
39. Winch PJ, Leban K, Casazza L, Walker L, Percy K. An implementation framework for household and community integrated management of childhood illness. *Health Policy Plan.* 2002 Dec;17(4):345-53.
40. Ministerio de Salud de Nicaragua. Política Nacional de Primera Infancia Amor para los más Chiquitos y Chiquitos. 2011.
41. Organización Panamericana de la Salud. Texas Childrens Hospital. Intervenciones Basadas en Evidencia. Segunda Edición 2010.
42. Dimitrova V, Ruseva R, Mazneikova V, Iarukova N, Sluncheva B. The effect of the duration of the dry period and of the use of antibiotics on the development of congenital infection in the newborn infant during premature rupture of the fetal membranes. *Akush Ginekol (Sofia).* 1997;36(3):1-5.
43. Emmrich P. Risk to the newborn infant following premature rupture of fetal membranes. *Arch Gynecol.* 1985;238(1-4):251-6.
44. Eschenbach DA. Intrauterine infection and premature membrane rupture. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1989 Oct;1(1):23-6.
45. Gibbs RS. Premature rupture of the membranes: intraamniotic infection. *Pediatr Infect Dis J.* 1990 Oct;9(10):776.
46. Marrakchi Z, Belhassen E, Jerbi G, Abed A, Ben Rejeb S, Khrouf N. Evaluation in neonates of infectious risk during premature rupture of membranes. (Prospective study of 100 cases). *Tunis Med.* 1994 Oct;72(10):559-66.
47. Monif GR, Hume R Jr, Goodlin RC. Neonatal considerations in the management of premature rupture of the fetal membranes. *Obstet Gynecol Surv.* 1986 Sep;41(9):531-7.
48. No authors listed. Modern management of cases with premature rupture of membranes. *J Perinat Med.* 1982;10(Suppl 2):16-25.
49. Riggs JW, Blanco JD. Pathophysiology, diagnosis, and management of intraamniotic infection. *Semin Perinatol.* 1998 Aug;22(4):251-9.
50. Rouvillois JL, Papiernik E, Amiel-Tison C. Prevention of infection in premature rupture of the membranes. Apropos of 150 cases treated with antibiotics and tocolytics. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1973 Apr-May;2(3):271-81.
51. Thiringer K. Mortality and morbidity studies of infants after premature rupture of the membranes. *Lakartidningen.* 1976 Apr 7;73(15):1418-20.

Ruptura prematura de membranas e infección neonatal

52. Udani RH, Vaze S, Reys M, Paul SS. Premature rupture of amniotic membranes and neonatal infection : predictive value of bacteriologic cultures from different sites. *Indian J Pediatr.* 1980 Mar-Apr;47(385):137-40.
53. Vinceller M, Rubecz I, Mestyan G. Premature rupture of the fetal membranes and intrauterine infection *Orv Hetil.* 1981 Jun 21;122(25):1499-502

Fiebre maternal e infección neonatal

54. Alexander JM, McIntire DM, Leveno KJ. Chorioamnionitis and the prognosis for term infants. *Obstet Gynecol.* 1999 Aug;94(2):274-8.
55. Blanchot J, Poulain P, Odent S, Palaric JC, Minet J, Grall JY, Giraud JR. Fever during labor. Evaluation of the risk of maternal-fetal infection and reflections concerning prophylactic measures based on a prospective study of 6,305 deliveries *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1993;22(2):191-6.
56. Coulter J, Turner M. Maternal fever in term labour in relation to fetal tachycardia, cord artery acidemia and neonatal infection. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998 Feb;105(2):242.
57. Fric I, Poradovsky K, Zidek S. Clinical observation of newborn infants following febrile labours *Cesk Gynekol.* 1966 Aug;31(6):493-5.
58. Holtorff J. Obstetrical aspects of perinatal mortality and morbidity *Akush Ginekol (Sofia).* 1980;19(5-6):476-84.
59. Hurley R, de Louvois J. Serious infections in obstetric and neonatal practice. *J R Soc Med.* 1980 Nov;73(11):770-5.
60. Jordan DN, Jordan JL. Association of maternal fever during labor with neonatal and infant morbidity and mortality. *Obstet Gynecol.* 2001 Dec;98(6):1152-4.
61. Kosmann JC. Fever in labor and delivery. Fetal and neonatal risk *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1984 Jun;79(6):501-2.
62. Lieberman E, Lang J, Richardson DK, Frigoletto FD, Heffner LJ, Cohen A. Intrapartum maternal fever and neonatal outcome. *Pediatrics.* 2000 Jan;105(1 Pt 1):8-13.
63. Meiron L, Jak A, Shoshana C, Maria Z, Aron Z. Intrapartum maternal fever and neonatal outcome. *Pediatrics.* 2001 Sep;108(3):818.
64. Molberg P, Johnson C, Brown TS. Leukocytosis in labor: what are its implications? *Fam Pract Res J.* 1994 Sep;14(3):229-36.

65. Petrova A, Demissie K, Rhoads GG, Smulian JC, Marcella S, Ananth CV. Association of maternal fever during labor with neonatal and infant morbidity and mortality. *Obstet Gynecol.* 2001 Jul;98(1):20-7.
66. Vallejo MC, Kaul B, Adler LJ, et al. Chorioamnionitis, not epidural analgesia, is associated with maternal fever during labour. *Can J Anaesth.* 2001 Dec;48(11):1122-6.

Anomalías congénitas severas

67. Alecu L. Diagnosis of diaphragmatic hernia *Chirurgia (Bucur).* 2002 Mar-Apr;97(2):101-13.
68. Bastanier C. Diagnosis and intensive care of congenital cyanotic heart defects *Kinderkrankenschwester.* 1994 Dec;13(12):406-7.
69. Bohn D. Congenital diaphragmatic hernia. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002 Oct 1;166(7):911-5.
70. Bonnet D. Genetics of congenital heart diseases *Arch Pediatr.* 2003 Jul;10(7):635-9.
71. Braby J. Current and emerging treatment for congenital diaphragmatic hernia. *Neonatal Netw.* 2001 Mar;20(2):5-15.
72. Cogo PE, Zimmermann LJ, Rosso F, et al. Surfactant synthesis and kinetics in infants with congenital diaphragmatic hernia. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002 Jul 15;166(2):154-8.
73. J-Garcia H, Aparicio-de la Luz S, Franco-Gutierrez M, et al. Prognostic factors associated with mortality in newborns with congenital diaphragmatic hernia *Gac Med Mex.* 2003 Jan-Feb;139(1):7-14.
74. Jimenez MQ. Ten common congenital cardiac defects. Diagnosis and management. *Paediatrician.* 1981;10(1-3):3-45.
75. Juretschke LJ. Congenital diaphragmatic hernia: update and review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2001 May-Jun;30(3):259-68.
76. Karamanoukian HL, Glick PL. Congenital diaphragmatic hernia. *Ann Thorac Surg.* 2003 Mar;75(3):1059-60.
77. Krishnan US. Approach to congenital heart disease in the neonate. *Indian J Pediatr.* 2002 Jun;69(6):501-5.
78. Lally KP. Congenital diaphragmatic hernia. *Curr Opin Pediatr.* 2002 Aug;14(4):486-90.

79. Levin AR. Management of the cyanotic newborn. *Pediatr Ann*. 1981 Apr;10(4):16-27.
80. Prasodo AM. Management of congenital heart disease. *Paediatr Indones*. 1989 Mar-Apr;29(3-4):78-90.
81. Ranjit MS. Common congenital cyanotic heart defects--diagnosis and management. *J Indian Med Assoc*. 2003 Feb;101(2):71-2, 74.
82. Rashkind WJ. The cyanotic newborn: approach to diagnosis and treatment. *Cardiovasc Clin*. 1972;4(3):275-80.
83. Taussig HB. Congenital malformations of the heart. *Med Times*. 1966 Apr;94(4):455-73.
84. Rosenthal E. Classification of congenital complete heart block: autoantibody-associated or isolated? *Lupus*. 2003;12(6):425-6.
85. Silversides CK, Colman JM, Sermer M, Farine D, Siu SC. Early and intermediate-term outcomes of pregnancy with congenital aortic stenosis. *Am J Cardiol*. 2003 Jun 1;91(11):1386-9.
86. Smith NP, Jesudason EC, Losty PD. Congenital diaphragmatic hernia. *Paediatr Respir Rev*. 2002 Dec;3(4):339-48.
87. Sukumar IP, Vijayaraghavan G. Medical management of congenital cyanotic heart disease. *Indian Heart J Teach Ser*. 1976 Jun;1(1):53-6.
88. Sydorak RM, Harrison MR. Congenital diaphragmatic hernia: advances in prenatal therapy. *World J Surg*. 2003 Jan;27(1):68-76.
89. Zeevi B, Berant M, Blieden LC. The approach to the cyanotic newborn and the differential diagnosis of congenital cyanotic heart disease Harefuah. 1985 Jan 1;108(1):23-8.
90. Zhang RF, Qian LB, Wang DW, et al. Surgical treatment of newborns with congenital heart diseases *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2003 Jan 10;83(1):27-30.
91. Alpert G, Plotkin SA. A practical guide to the diagnosis of congenital infections in the newborn infant. *Pediatr Clin North Am*. 1986 Jun;33(3):465-79.
92. Bale JF Jr. Congenital infections. *Neurol Clin*. 2002 Nov;20(4):1039-60, vii.
93. Bale JF Jr, Murph JR. Congenital infections and the nervous system. *Pediatr Clin North Am*. 1992 Aug;39(4):669-90.
94. Cullen A, Brown S, Cafferkey M, O'Brien N, Griffin E. Current use of the TORCH screen in the diagnosis of congenital infection. *J Infect*. 1998 Mar;36(2):185-8.
95. Domenech E, Castro R, Cortabarría C, Mendez A, Padilla MC, Gonzalez A. TORCH congenital infections. *An Esp Pediatr*. 1997 Jun;Spec No 1:58-62.
96. Echevarria C, Echevarria JM, Anda P, et al. Congenital and perinatal infections caused by viral agents, *Toxoplasma gondii* and *Treponema pallidum*. Study of 2000 cases and analysis of 488 positive cases. *Med Clin (Barc)*. 1987 Jan 31;88(4):129-34.
97. Epps RE, Pittelkow MR, Su WP. TORCH syndrome. *Semin Dermatol*. 1995 Jun;14(2):179-86.
98. Fabris C, Mombro M, Lio C. Congenital infections caused by TORCH agents. *Pediatr Med Chir*. 1986 Jul-Aug;8(4):443-52.
99. Fine JD, Arndt KA. The TORCH syndrome: a clinical review. *J Am Acad Dermatol*. 1985 Apr;12(4):697-706.
100. Haggerty L. TORCH: a literature review and implications for practice. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1985 Mar-Apr;14(2):124-9.
101. Hidaka Y, Hara T. TORCH syndrome Ryoikibetsu Shokogun Shirizu. 1999;(25 Pt 3):85-8.
102. Imura S. TORCH complex. Ryoikibetsu Shokogun Shirizu. 2000;(30 Pt 5):462-5.
103. Klein JO. Current concepts of infectious diseases in the newborn infant. *Adv Pediatr*. 1984;31:405-46.
104. Mets MB. Eye manifestations of intrauterine infections. *Ophthalmol Clin North Am*. 2001 Sep;14(3):521-31.
105. No authors listed TORCH syndrome and TORCH screening. *Lancet*. 1990 Jun 30;335(8705):1559-61.
106. Oranje AP, Dumas AM, Sluiters JF, et al. Diagnosis and clinical aspects of the TORCHES syndrome *Ned Tijdschr Geneesk*. 1986 May 10;130(19):858-61.
107. Primhak RA, Simpson RM. Screening small for gestational age babies for congenital infection. *Clin Pediatr (Phila)*. 1982 Jul;21(7):417-20.
108. Radzinskii VE, Chistiakova MB. The TORCH complex and its role in perinatology *Akush Ginek* (Mosk). 1992;(8-12):4-7.
109. Stagno S. Diagnosis of viral infections of the newborn infant. *Clin Perinatol*. 1981 Oct;8(3):579-89.
110. Stamos JK, Rowley AH. Timely diagnosis of congenital infections. *Pediatr Clin North Am*. 1994 Oct;41(5):1017-33.

Infección intrauterina

111. Tan KL. Intra-uterine infections. *Ann Acad Med Singapore*. 1987 Oct;16(4):707-12.

Lesiones debidas al parto

112. Barrientos G, Cervera P, Navascues J, et al. Obstetric trauma. A current problem? *Cir Pediatr*. 2000 Oct;13(4):150-2.
113. Beall MH, Ross MG. Clavicle fracture in labor: risk factors and associated morbidities. *J Perinatol*. 2001 Dec;21(8):513-5.
114. Ben Aissia N, Gara MF, Yazidi M, Battar S, Sadfi A. Delivery by forceps: indications and materno-fetal morbidity *Tunis Med*. 2003 Mar;81(3):180-3.
115. Brouwer WK, Veenstra van Nieuwenhoven AL, Santema JG. Neonatal outcome after a planned vaginal breech birth: no association with parity or birth weight, but more birth injuries than in planned cesarean section *Ned Tijdschr Geneesk*. 2001 Aug 11;145(32):1554-7.
116. Bryant DR, Leonardi MR, Landwehr JB, Bottoms SF. Limited usefulness of fetal weight in predicting neonatal brachial plexus injury. *Am J Obstet Gynecol*. 1998 Sep;179(3 Pt 1):686-9.
117. Donnelly V, Foran A, Murphy J, McParland P, Keane D, O'Herlihy C. Neonatal brachial plexus palsy: an unpredictable injury. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Nov;187(5):1209-12.
118. Hankins GD, Leicht T, Van Hook J, Uckan EM. The role of forceps rotation in maternal and neonatal injury. *Am J Obstet Gynecol*. 1999 Jan;180(1 Pt 1):231-4.
119. Harpold TL, McComb JG, Levy ML. Neonatal neurosurgical trauma. *Neurosurg Clin N Am*. 1998 Jan;9(1):141-54.
120. Hughes CA, Harley EH, Milmo G, Bala R, Martorella A. Birth trauma in the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999 Feb;125(2):193-9.
121. Kaplan B, Rabinerson D, Avrech OM, et al. Fracture of the clavicle in the newborn following normal labor and delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998 Oct;63(1):15-20.
122. Lam MH, Wong GY, Lao TT. Reappraisal of neonatal clavicular fracture. Relationship between infant size and risk factors. *J Reprod Med*. 2002 Nov;47(11):903-8.
123. Leung WC, Lam HS, Lam KW, To M, Lee CP. Unexpected reduction in the incidence of birth trauma and birth asphyxia related to instrumental deliveries during the study period: was this the Hawthorne effect? *BJOG*. 2003 Mar;110(3):319-22.

124. Macleod C, O'Neill C. Vacuum assisted delivery--the need for caution. *Ir Med J*. 2003 May;96(5):147-8.
125. Morgan C, Newell SJ. Cervical spinal cord injury following cephalic presentation and delivery by Caesarean section. *Dev Med Child Neurol*. 2001 Apr;43(4):274-6.
126. Nuss R, Hathaway WE. Effect of mode of delivery on neonatal intracranial injury. *N Engl J Med*. 2000 Mar 23;342(12):892-3.
127. Ouzounian JG, Korst LM, Phelan JP. Permanent Erb's palsy: a lack of a relationship with obstetrical risk factors. *Am J Perinatol*. 1998 Apr;15(4):221-3.
128. Petrikovsky BM, Schneider E, Smith-Levitin M, Gross B. Cephalhematoma and caput succedaneum: do they always occur in labor? *Am J Obstet Gynecol*. 1998 Oct;179(4):906-8.
129. Pollina J, Dias MS, Li V, Kachurek D, Arbesman M. Cranial birth injuries in term newborn infants. *Pediatr Neurosurg*. 2001 Sep;35(3):113-9.
130. Shihadeh A, Al-Najdawi W. Forceps or vacuum extraction: a comparison of maternal and neonatal morbidity. *East Mediterr Health J*. 2001 Jan-Mar;7(1-2):106-14.
131. Thompson KA, Satin AJ, Gherman RB. Spiral fracture of the radius: an unusual case of shoulder dystocia-associated morbidity. *Obstet Gynecol*. 2003 Jul;102(1):36-8.
132. Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *N Engl J Med*. 1999 Dec 2;341(23):1709-14.
133. Vacca A. Effect of mode of delivery on neonatal intracranial injury. *N Engl J Med*. 2000 Mar 23;342(12):893.

Peso, edad gestacional y morbilidad neonatal

134. Alexander GR, Kogan M, Bader D, Carlo W, Allen M, Mor J. US birth weight/gestational age-specific neonatal mortality: 1995-1997 rates for whites, hispanics, and blacks. *Pediatrics*. 2003 Jan;111(1):e61-6.
135. Copper RL, Goldenberg RL, Creasy RK, et al. A multicenter study of preterm birth weight and gestational age-specific neonatal mortality. *Am J Obstet Gynecol*. 1993 Jan;168(1 Pt 1):78-84.
136. Duman N, Kumral A, Gulcan H, Ozkan H. Outcome of very-low-birth-weight infants in a developing country: a prospective study from the western region of Turkey. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2003 Jan;13(1):54-8.

137. Grupo Colaborativo Neocosur. Very-low-birth-weight infant outcomes in 11 South American NICUs. *J Perinatol.* 2002 Jan;22(1):2-7.
 138. Hall D. Birthweight and gestational age as predictors of outcome in preterm deliveries for severe pre-eclampsia. *J Trop Pediatr.* 2003 Jun;49(3):178-80.
 139. Koops BL, Morgan LJ, Battaglia FC. Neonatal mortality risk in relation to birth weight and gestational age: update. *J Pediatr.* 1982 Dec;101(6):969-77.
 140. Lee MJ, Conner EL, Charafeddine L, Woods JR Jr, Priore GD. A critical birth weight and other determinants of survival for infants with severe intrauterine growth restriction. *Ann N Y Acad Sci.* 2001 Sep;943:326-39.
 141. McGrath M, Sullivan M. Birth weight, neonatal morbidities, and school age outcomes in full-term and preterm infants. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 2002 Oct-Dec;25(4):231-54.
 142. Sappenfield WM, Buehler JW, Binkin NJ, Hogue CJ, Strauss LT, Smith JC. Differences in neonatal and postneonatal mortality by race, birth weight, and gestational age. *Public Health Rep.* 1987 Mar-Apr;102(2):182-92.
 143. Smith-Bindman R, Chu PW, Ecker J, et al. Adverse birth outcomes in relation to prenatal sonographic measurements of fetal size. *J Ultrasound Med.* 2003 Apr;22(4):347-56; quiz 357-8.
 144. Ward RM, Beachy JC. Neonatal complications following preterm birth. *BJOG.* 2003 Apr;110 Suppl 20:8-16.
 145. Wen SW, Chen LM, Li CY, Kramer MS, Allen AC; Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. The impact of missing birth weight in deceased versus surviving fetuses and infants in the comparison of birth weight-specific fetio-infant mortality. *Chronic Dis Can.* 2002 Fall;23(4):146-51.
- Adaptación a la vida extrauterina
146. Assali NS. Control of systemic, pulmonary, and regional blood flow in the fetal and neonatal periods. *UCLA Forum Med Sci.* 1970;10:47-57.
 147. Bagramian ER. Endocrine systems of fetal and neonatal adaptation *Akush Ginekol (Mosk).* 1979 Sep;(9):9-11.
 148. Balika IuD, Elizarova IP, Golovatskaia GI. Changes in the blood system in newborn infants as an adaptation reaction to labor *Akush Ginekol (Mosk).* 1973 Nov;49(11):27-31.
 149. Cardona Urda L, Villa Elizaga I. Adaptation syndrome of the newborn. *Resuscitation of the newborn infant Rev Med Univ Navarra.* 1979 Jun;23(2):17-27.
 150. Chernick V. Mechanics of the first inspiration. *Semin Perinatol.* 1977 Oct;1(4):347-50.
 151. Duc G, Micheli J. Physiologic basis for adaptation to extrauterine life. *Contrib Gynecol Obstet.* 1977;3:142-4.
 152. Eigenson OB. Characteristics of hemodynamics in the neonatal period *Pediatría.* 1982 Feb;(2):62-6.
 153. Griep E, Baum D. Circulatory adjustments at birth. *Obstet Gynecol Annu.* 1975;4:99-118.
 154. Hirvonen L, Lind J, Peltonen T. Respiration and circulation of the newborn *Duodecim.* 1971;87(10):844-52.
 155. Huon C, Moriette G. Cardiopulmonary adaptation to birth *Rev Mal Respir.* 1988;5(3):223-9.
 156. Kirsch W. Adaptation of the newborn infant to the extrauterine world *Med Monatsschr.* 1973 Jun;27(6):242-5.
 157. Koch G, Lind J. Fetal circulation and neonatal cardio-respiratory adaptation *Bull Physiopathol Respir (Nancy).* 1973 Nov-Dec;9(6):1389-420.
 158. Lind J. Adaptation of the newborn *Nord Med.* 1969 Dec 11;82(50):1561-70.
 159. Lind J. Placental transfusion and cardio-respiratory adaptation of the newborn infant. *Ann Paediatr Fenn.* 1968;14(1):1-10.
 160. Lur'e GA. Neonatal thermoregulation in the transition to postnatal life *Akush Ginekol (Mosk).* 1979 Sep;(9):24-6.
 161. No authors listed. Extrauterine adaptation. Interregional Congress of Neonatology. Asiago, October 12, 1991 *Pediatr Med Chir.* 1992 Jan-Feb;14(3-6 Suppl):1-84.
 162. No authors listed. Neonatal adaptation: the transition to postnatal life. *Semin Perinatol.* 1988 Apr;12(2):95-172.
 163. Pribylova H, Cort RL. Placental transfusion and adaptation mechanisms of the newborn in the first days after birth *Cesk Pediatr.* 1968 Jul;23(7):594-8.
 164. Randall GC. Perinatal mortality: some problems of adaptation at birth. *Adv Vet Sci Comp Med.* 1978;22:53-81.
 165. Schmolling J, Jensen A. Pulmonary adaptation of the newborn infant: in relation to respiratory distress syndrome *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1995 Jun;55(6):331-8.
 166. Stern L. Adaptation to extrauterine life. *Int Anesthesiol Clin.* 1968 Fall;6(3):875-909.

167. Stern L. The newborn infant and his thermal environment. *Curr Probl Pediatr*. 1970 Nov;1(1):1-29.
168. Tsybul'skaia IS. Effect of the cesarean section operation on the adaptation of newborn infants *Akush Ginekol (Mosk)*. 1980 Nov;(11):45-8.
169. Valimaki I, Hirsimaki H, Kozak A, Saraste M, Aarimaa. Adaptation of cardio-respiratory control in neonates. *J Perinat Med*. 1991;19 Suppl 1:74-9.
170. Wallgren CG. Adaptation of the central circulation at birth *Lakartidningen*. 1977 Apr 27;74(17):1708-10.

Contacto temprano madre-hijo

171. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD003519.
172. Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact*. 2003 May;19(2):136-44.
173. Damato EG. Maternal-fetal attachment in twin pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2000 Nov-Dec;29(6):598-605.
174. Dickerson Peck S. Measuring sensitivity moment-by-moment: microanalytic look at the transmission of attachment. *Attach Hum Dev*. 2003 Mar;5(1):38-63.
175. Feldman R, Weller A, Sirota L, Eidelman AI. Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *J Fam Psychol*. 2003 Mar;17(1):94-107.
176. Furman L, Kennell J. Breastmilk and skin-to-skin kangaroo care for premature infants. Avoiding bonding failure. *Acta Paediatr*. 2000 Nov;89(11):1280-3.
177. Gattringer M. Mother-child bonding during the perinatal period *Kinderkrankenschwester*. 1996 Aug;15(8):299-302.
178. Hagekull B, Bohlin G. Early temperament and attachment as predictors of the Five Factor Model of personality. *Attach Hum Dev*. 2003 Mar;5(1):2-18.
179. Herbert M, Sluckin W, Sluckin A. Mother-to-infant "bonding". *Josnpu Zasshi*. 1985 Mar;39(3):202-7.
180. Houzel D. The origins of attachment to the mother *Rev Prat*. 1980 Mar 21;30(17):1071-81.
181. Karacam Z, Eroglu K. Effects of episiotomy on bonding and mothers' health. *J Adv Nurs*. 2003 Aug;43(4):384-94.
182. Kennell JH. The human and health significance of parent-infant contact. *J Am Osteopath Assoc*. 1987 Sep;87(9):638-45.
183. Kennell JH, Klaus MH. Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatr Rev*. 1998 Jan;19(1):4-12.
184. Kennell JH, Klaus MH. Early mother-infant contact. Effects on the mother and the infant. *Bull Menninger Clin*. 1979 Jan;43(1):69-78.
185. King FS. The first weeks of breast feeding. *IPPF Med Bull*. 1984 Oct;18(5):2-3.
186. Lamb ME. Early contact and maternal-infant bonding: one decade later. *Pediatrics*. 1982 Nov;70(5):763-8.
187. Leduc E. Connecting with your infant's spirit. *Midwifery Today Int Midwife*. 2001 Summer;(58):20.
188. Mantymaa M, Tamminen T. Early interaction and the psychic development of a child *Duodecim*. 1999;115(22):2447-53.
189. McGrath SK, Kennell JH. Extended mother-infant skin-to-skin contact and prospect of breastfeeding. *Acta Paediatr*. 2002;91(12):1288-9.
190. Mikiel-Kostyra K, Boltruszko I, Mazur J, Zielenska M. Skin-to-skin contact after birth as a factor determining breastfeeding duration *Med Wieku Rozwoj*. 2001 Apr-Jun;5(2):179-89.
191. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr*. 2002;91(12):1301-6.
192. Newman LF, Kennell JH, Klaus M, Schreiber JM. Early human interaction: mother and child. *Prim Care*. 1976 Sep;3(3):491-505.
193. No authors listed. Bonding by Kennell & Klaus. *Pediatr Rev*. 1998 Dec;19(12):433.
194. Rapley G. Keeping mothers and babies together--breastfeeding and bonding. *Midwives (Lond)*. 2002 Oct;5(10):332-4.
195. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000043.
196. See PL, David E, Anderson-Weller K, Fong LV, Menahem S. Maternal infant bonding enhanced after atrial septostomy in cyanotic neonates in a general hospital. *Early Hum Dev*. 2003 Feb;71(1):9-17.
197. Sheridan V. Skin-to-skin contact immediately after birth. *Pract Midwife*. 1999 Oct;2(9):23-8.

198. Sluckin W, Sluckin A, Herbert M. On mother-to-infant bonding. *Midwife Health Visit Community Nurse*. 1984 Nov;20(11):404-7.
199. Sosa R, Kennell JH, Klaus M, Urrutia JJ. The effect of early mother-infant contact on breast feeding, infection and growth. *Ciba Found Symp*. 1976;(45):179-93.
200. Stams GJ, Juffer F, van IJzendoorn MH. Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: the case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Dev Psychol*. 2002 Sep;38(5):806-21.
201. Wallace H, Marshall D. Skin-to-skin contact. Benefits and difficulties. *Pract Midwife*. 2001 May;4(5):30-2.
202. Wallick MM. The effects of mother-infant bonding. *J La State Med Soc*. 1985 Jan;137(1):40-2, 45-7.
203. Williams SW, Blunk EM. Sex differences in infant-mother attachment. *Psychol Rep*. 2003 Feb;92(1):84-8.
204. Winkler J. Development of the maternal bond during pregnancy *Cas Lek Cesk*. 2000 Jan 19;139(1):5-8.
205. Wolski CA. Close to the heart. *Rehab Manag*. 2003 Jul;16(6):12-4.
206. Arcilla RA, Oh W, Lind J, Gessner IH. Pulmonary arterial pressures of newborn infants born with early and late clamping of the cord. *Acta Paediatr Scand*. 1966 May;55(3):305-15.
207. Duenas Gomez E, Perez Rodriguez N, Sanchez Texido C. Effects of early and late ligation of the umbilical cord in the normal newborn *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1980 Jul-Aug;37(4):679-88.
208. Elbourne D. Umbilical cord clamping in preterm infants. *BMJ*. 1993 Feb 27;306(6877):578-9.
209. Evans SM, Cooper JC, Thornton S. Umbilical cord clamping in preterm infants. *BMJ*. 1993 Feb 27;306(6877):578; author reply 579.
210. Geethanath RM, Ramji S, Thirupuram S, Rao YN. Effect of timing of cord clamping on the iron status of infants at 3 months. *Indian Pediatr*. 1997 Feb;34(2):103-6.
211. Gupta R, Ramji S. Effect of delayed cord clamping on iron stores in infants born to anemic mothers: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr*. 2002 Feb;39(2):130-5.
212. Grajeda R, Perez-Escamilla R, Dewey KG. Delayed clamping of the umbilical cord improves hematologic status of Guatemalan infants at 2 mo of age. *Am J Clin Nutr*. 1997 Feb;65(2):425-31.
213. Hofmeyr GJ, Bex PJ, Skapinker R, Delahunt T. Hasty clamping of the umbilical cord may initiate neonatal intraventricular hemorrhage. *Med Hypotheses*. 1989 May;29(1):5-6.
214. Hohmann M. Early or late cord clamping? A question of optimal time *Wien Klin Wochenschr*. 1985 May 24;97(11):497-500.
215. Hume H. Red blood cell transfusions for preterm infants: the role of evidence-based medicine. *Semin Perinatol*. 1997 Feb;21(1):8-19.
216. Ibrahim HM, Krouskop RW, Lewis DF, Dhanireddy R. Placental transfusion: umbilical cord clamping and preterm infants. *J Perinatol*. 2000 Sep;20(6):351-4.
217. Kinmond S, Aitchison TC, Holland BM, Jones JG, Turner TL, Wardrop CA. Umbilical cord clamping and preterm infants: a randomised trial. *BMJ*. 1993 Jan 16;306(6871):172-5.
218. Kunzel W. Cord clamping at birth - considerations for choosing the right time. *Z Geburtshilfe Perinatol*. 1982 Apr-May;186(2):59-64.
219. Linderkamp O, Nelle M, Kraus M, Zilow EP. The effect of early and late cord-clamping on blood viscosity and other hemorheological parameters in full-term neonates. *Acta Paediatr*. 1992 Oct;81(10):745-50.
220. McDonnell M, Henderson-Smart DJ. Delayed umbilical cord clamping in preterm infants: a feasibility study. *J Paediatr Child Health*. 1997 Aug;33(4):308-10.
221. Mercer JS. Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. *J Midwifery Womens Health*. 2001 Nov-Dec;46(6):402-14.
222. Mercer JS, Nelson CC, Skovgaard RL. Umbilical cord clamping: beliefs and practices of American nurse-midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2000 Jan-Feb;45(1):58-66.
223. No authors listed A study of the relationship between the delivery to cord clamping interval and the time of cord separation. *Oxford Midwives Research Group. Midwifery*. 1991 Dec;7(4):167-76.
224. Oh W, Lind J, Gessner IH. The circulatory and respiratory adaptation to early and late cord clamping in newborn infants. *Acta Paediatr Scand*. 1966 Jan;55(1):17-25.

Ligadura del cordón umbilical

225. Ovali F. Placental transfusion: umbilical cord clamping and preterm infants. *J Perinatol*. 2001 Jul-Aug;21(5):345.
226. Papagno L. Umbilical cord clamping. An analysis of a usual neonatological conduct. *Acta Physiol Pharmacol Ther Latinoam*. 1998;48(4):224-7.
227. Rabe H, Wacker A, Hulskamp G, Hornig-Franz I, et al. A randomised controlled trial of delayed cord clamping in very low birth weight preterm infants. *Eur J Pediatr*. 2000 Oct;159(10):775-7.
228. Tiisala R, Tahti E, Lind J. Heart volume variations during first 24 hours of life of infants with early and late clamped umbilical cord. *Ann Paediatr Fenn*. 1966;12(3):151-3.
229. Yao AC, Lind J. Effect of early and late cord clamping on the systolic time intervals of the newborn infant. *Acta Paediatr Scand*. 1977 Jul;66(4):489-93.

Vitamina K

230. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Controversies concerning vitamin K and the newborn. *Pediatrics*. 2003 Jul;112(1 Pt 1):191-2.
231. Ansell P, Roman E, Fear NT, Renfrew MJ. Vitamin K policies and midwifery practice: questionnaire survey. *BMJ*. 2001 May 12;322(7295):1148-52.
232. Autret-Leca E, Jonville-Bera AP. Vitamin K in neonates: how to administer, when and to whom. *Paediatr Drugs*. 2001;3(1):1-8.
233. Brousson MA, Klein MC. Controversies surrounding the administration of vitamin K to newborns: a review. *CMAJ*. 1996 Feb 1;154(3):307-15.
234. Brown SG, McHugh G, Shapleski J, et al. Should intramuscular vitamin K prophylaxis for haemorrhagic disease of the newborn be continued? A decision analysis. *N Z Med J*. 1989 Jan 25;102(860):3-5.
235. Carmichael A. Vitamin K and childhood cancer. *Med J Aust*. 1994 Jan 17;160(2):91-2.
236. Clarkson PM, James AG. Parenteral vitamin K1: the effective prophylaxis against haemorrhagic disease for all newborn infants. *N Z Med J*. 1990 Mar 14;103(885):95-6.
237. Goldschmidt B, Verbenyi M, Kovacs I, Ilin E, Varga K, Nemet T. Prothrombin and acarboxyprothrombin activity in neonates after oral and intramuscular administration of vitamin K. *Orv Hetil*. 1990 Mar 18;131(11):577-82.

238. Greer FR. Vitamin K status of lactating mothers and their infants. *Acta Paediatr Suppl*. 1999 Aug;88(430):95-103.
239. Handel J, Tripp JH. Vitamin K prophylaxis against haemorrhagic disease of the newborn in the United Kingdom. *BMJ*. 1991 Nov 2;303(6810):1109.
240. Hansen KN, Tegllund L, Lange A, Ebbesen F. Late hemorrhagic disease in newborn infants. Is the current preventive treatment with oral vitamin K adequate? *Ugeskr Laeger*. 1992 Apr 13;154(16):1095-7.
241. Hathaway WE, Isarangkura PB, Mahasandana C, et al. Comparison of oral and parenteral vitamin K prophylaxis for prevention of late hemorrhagic disease of the newborn. *J Pediatr*. 1991 Sep;119(3):461-4.
242. Henderson-Smart DJ. Giving vitamin K to newborn infants: a therapeutic dilemma. 1996 Oct 21;165(8):414-5.
243. Henderson-Smart D. Vitamin K and childhood cancer. *Med J Aust*. 1994 Jan 17;160(2):91; author reply 92.
244. Hey E. Vitamin K--what, why, and when. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003 Mar;88(2):F80-3.
245. Isarangkura PB, Bintadish P, Tejavej A, et al. Vitamin K prophylaxis in the neonate by the oral route and its significance in reducing infant mortality and morbidity. *J Med Assoc Thai*. 1986 Oct;69 Suppl 2:56-61.
246. Kay P. The vitamin K controversy. *Birth Gaz*. 2000 Spring;16(2):19-21.
247. Loughnan PM, McDougall PN. The efficacy of oral vitamin K1: implications for future prophylaxis to prevent haemorrhagic disease of the newborn. *J Paediatr Child Health*. 1993 Jun;29(3):171-6.
248. Malik S, Udani RH, Bichile SK, Agrawal RM, Bahrainwala AT, Tilaye S. Comparative study of oral versus injectable vitamin K in neonates. *Indian Pediatr*. 1992 Jul;29(7):857-9.
249. Mathur GP, Mathur S, Goenka R, Bhalla JN, Agarwal A, Tripathi VN. Prothrombin time in first week of life with special reference to vitamin K administration. *Indian Pediatr*. 1990 Jul;27(7):723-5.
250. McMillan DD. Administration of Vitamin K to newborns: implications and recommendations. *CMAJ*. 1996 Feb 1;154(3):347-9.
251. No authors listed. American Academy of Pediatrics Vitamin K Ad Hoc Task Force: Controversies concerning vitamin K and the newborn. *Pediatrics*. 1993 May;91(5):1001-3.
252. No authors listed. Prevention of haemorrhagic disease of the newborn. Routine vitamin K1 administration is justified. *Prescrire Int*. 1998 Aug;7(36):125-7.

253. No authors listed. Which vitamin K preparation for the newborn? Drug Ther Bull. 1998 Mar;36(3):17-9.
254. Philip RK, Gul R, Dunworth M, Keane N. Ireland lacks consensus on neonatal vitamin K prophylaxis. BMJ. 2001 Nov 3;323(7320):1068.
255. Pintadit P, Isarangkura PB, Chalermchandra K, et al. Vitamin K prophylaxis in the neonates by oral route with different dosages. J Med Assoc Thai. 1989 Jan;72 Suppl 1:125-9.
256. Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(4):CD002776.
257. Tonz O, Schubiger G. Neonatal vitamin K prophylaxis and vitamin k deficiency hemorrhages in Switzerland 1986-1988 Schweiz Med Wochenschr. 1988 Nov 26;118(47):1747-52.
258. Uitentuis J. Administration of vitamin K to neonates and infants Ned Tijdschr Geneesk. 1990 Aug 25;134(34):1642-6.
259. van Hasselt PM, Houwen RH, van Dijk AT, de Koning TJ. Vitamin K deficiency bleeding in an infant despite adequate prophylaxis Ned Tijdschr Geneesk. 2003 Apr 19;147(16):737-40.
260. von Kries R, Gobel U. Oral vitamin K prophylaxis and late haemorrhagic disease of the newborn. Lancet. 1994 Feb 5;343(8893):352.
261. von Kries R, Gobel U. Vitamin K prophylaxis and vitamin K deficiency bleeding (VKDB) in early infancy. Acta Paediatr. 1992 Sep;81(9):655-7.
262. von Kries R, Hachmeister A, Gobel U. Oral mixed micellar vitamin K for prevention of late vitamin K deficiency bleeding. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003 Mar;88(2):F109-12.
263. von Kries R, Hanawa Y. Neonatal vitamin K prophylaxis. Report of Scientific and Standardization Subcommittee on Perinatal Haemostasis. Thromb Haemost. 1993 Mar 1;69(3):293-5.
264. Zipursky A. Prevention of vitamin K deficiency bleeding in newborns. Br J Haematol. 1999 Mar;104(3):430-7.
265. Bausch LC. Newborn eye prophylaxis--where are we now? Nebr Med J. 1993 Dec;78(12):383-4.
266. Bell TA, Grayston JT, Krohn MA, Kronmal RA. Randomized trial of silver nitrate, erythromycin, and no eye prophylaxis for the prevention of conjunctivitis among newborns not at risk for gonococcal ophthalmitis. Eye Prophylaxis Study Group. Pediatrics. 1993 Dec;92(6):755-60.
267. Bell TA, Sandstrom KI, Gravett MG, et al. Comparison of ophthalmic silver nitrate solution and erythromycin ointment for prevention of natively acquired Chlamydia trachomatis. Sex Transm Dis. 1987 Oct-Dec;14(4):195-200.
268. Bernstein GA, Davis JP, Katcher ML. Prophylaxis of neonatal conjunctivitis. An analytic review. Clin Pediatr (Phila). 1982 Sep;21(9):545-50.
269. Bryant BG. Unit dose erythromycin ophthalmic ointment for neonatal ocular prophylaxis. JOGN Nurs. 1984 Mar-Apr;13(2):83-7.
270. Chen JY. Prophylaxis of ophthalmia neonatorum: comparison of silver nitrate, tetracycline, erythromycin and no prophylaxis. Pediatr Infect Dis J. 1992 Dec;11(12):1026-30.
271. Crede C. Prevention of inflammatory eye disease in the newborn. Bull World Health Organ. 2001;79(3):264-266.
272. Di Bartolomeo S, Mirta DH, Janer M, et al. Incidence of Chlamydia trachomatis and other potential pathogens in neonatal conjunctivitis. Int J Infect Dis. 2001;5(3):139-43.
273. Dunn PM. Dr Carl Crede (1819-1892) and the prevention of ophthalmia neonatorum. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2000 Sep;83(2):F158-9.
274. Fransen L, Klauss V. Neonatal ophthalmia in the developing world. Epidemiology, etiology, management and control. Int Ophthalmol. 1988 Jan;11(3):189-96.
275. Hammerschlag MR. Neonatal ocular prophylaxis. Pediatr Infect Dis J. 1988 Feb;7(2):81-2.
276. Hammerschlag MR, Cummings C, Roblin PM, Williams TH, Delke I. Efficacy of neonatal ocular prophylaxis for the prevention of chlamydial and gonococcal conjunctivitis. N Engl J Med. 1989 Mar 23;320(12):769-72.
277. Isenberg SJ, Apt L, Campeas D. Ocular applications of povidone-iodine. Dermatology. 2002;204 Suppl 1:92-5.
278. Isenberg SJ, Apt L, Wood M. The influence of perinatal infective factors on ophthalmia neonatorum. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 1996 May-Jun;33(3):185-8.

Profilaxis ocular

279. Isenberg SJ, Apt L, Wood M. A controlled trial of povidone-iodine as prophylaxis against ophthalmia neonatorum. *N Engl J Med.* 1995 Mar 2;332(9):562-6.
280. Kibel MA. Silver nitrate and the eyes of the newborn--a centennial. *S Afr Med J.* 1981 Dec 26;60(26):979-80.
281. Kramer A. New aspects in prophylaxis of ophthalmia neonatorum (Crede prophylaxis). *Wien Klin Wochenschr.* 2002 Mar 28;114(5-6):171-2.
282. Kramer A, Aspöck C, Assadian O, et al. Prophylactic indications for eye antiseptics. Prophylaxis against ophthalmia neonatorum. *Dev Ophthalmol.* 2002;33:223-32.
283. Laga M, Plummer FA, Piot P, et al. Prophylaxis of gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. A comparison of silver nitrate and tetracycline. *N Engl J Med.* 1988 Mar 17;318(11):653-7.
284. Lund RJ, Kibel MA, Knight GJ, van der Elst C. Prophylaxis against gonococcal ophthalmia neonatorum. A prospective study. *S Afr Med J.* 1987 Nov 7;72(9):620-2.
285. Nishida H, Risemberg HM. Silver nitrate ophthalmic solution and chemical conjunctivitis. *Pediatrics.* 1975 Sep;56(3):368-73.
286. No authors listed. American Academy of Pediatrics Committees: prophylaxis and treatment of neonatal gonococcal infections. *Pediatrics.* 1980 May;65(5):1047-8.
287. No authors listed. Recommendations for prevention of neonatal ophthalmia. Infectious Diseases and Immunization Committee, Canadian Paediatric Society. *Can Med Assoc J.* 1983 Sep 15;129(6):554-5.
288. Raucher HS, Newton MJ. New issues in the prevention and treatment of ophthalmia neonatorum. *Ann Ophthalmol.* 1983 Nov;15(11):1004, 1006-9.
289. Salpietro CD, Bisignano G, Fulia F, Marino A, Barberi I. Chlamydia trachomatis conjunctivitis in the newborn. *Arch Pediatr.* 1999 Mar;6(3):317-20.
290. Schaller UC, Klauss V. Is Crede's prophylaxis for ophthalmia neonatorum still valid? *Bull World Health Organ.* 2001;79(3):262-3.
291. Schaller UC, Klauss V. Ophthalmia neonatorum. *Klin Monatsbl Augenheilkd.* 2001 Nov;218(11):A200-2.
292. Schneider G. Silver nitrate prophylaxis. *Can Med Assoc J.* 1984 Aug 1;131(3):193-6.
293. Zanoni D, Isenberg SJ, Apt L. A comparison of silver nitrate with erythromycin for prophylaxis against ophthalmia neonatorum. *Clin Pediatr (Phila).* 1992 May;31(5):295-8.
294. Zola EM. Evaluation of drugs used in the prophylaxis of neonatal conjunctivitis. *Drug Intell Clin Pharm.* 1984 Sep;18(9):692-6.

Suplementación de hierro y Vit A

295. Rao R, Georgieff MK. Perinatal aspects of iron metabolism. *Acta Paediatr Suppl.* 2002; 91 (438) 124 – 9.
296. Rao R, Georgieff Mk. Neonatal iron nutrition. *Semin Neonatol* 2001 oct; 6 (5): 425 – 35.
297. Bader D, Kugelman A, Maor – Rogin N, and col. The role of high – dose oral iron supplementation during erythropoietin therapy for anemia of prematurity. *J. Perinatol* 2001 Jun; 21 (4) : 215 – 20.
298. De Paula Ra, Fisberg M. The use of sugar fortified with iron tris- glycinate chelate in the prevention of iron deficiency anemia in preschool children. *Arch latinoam Nutr* 2001, Mar; 51 (1 suppl 1): 54 – 9.
299. Rasmussen KM. Is There a causal relationship between iron deficiency or iron – deficiency anemia and weight at birth length of gestation and perinatal mortality? *J. Ntr* 2001. 131: 590 S – 603S.
300. Genen Lh, Klenoff. Iron supplementation for erythropoietin – treated preterm infants. In the Cochrane Library, issue 3, 2003 Oxford: UpdateSoftware.
301. Franz AR, Mihalsch WA, sander S, Kron M, Pohlandt F. Prospective randomized trial of early versus late enteral iron supplementation in infants with a birth weight of less than 1301 grams. *Pediatrics*, 2000 oct; 106 (4): 700 -6.
302. Foman SJ, Nelson Se, Ziegler EE. Retention of iron by infants. *Annu Rev Nutr* 2000; 20: 273 – 90.
303. Tekinalp G, Oran O, Gurakan B, Saracel M, Erdem G, Yurdakok M, Gurgey A. Relationship between maternal and neonatal iron stores. *Turk J Pediatr.* 1996 oct – dec; 38 (4): 439 – 45.
304. Bechensteen AG, Haga P, halvorsen S, Liestol K. Effect of low and moderate doses of recombinant human erythropoietin on the haematological response in premature infants on a high protein and iron intake. *Eur J pediatr* 1997, 156: 56 – 61.
305. Rahmathullah I, Telsch JM, Thulasiraj Rd, Katz J, Coles C, Devi S. Impact of supplementing newborn infant with A on early infant mortality: community based randomized trial in southern India. *BMJ* 2003 August 327 (2): 1 -6.
306. Rahman MM, Vermund SH, Wahed M, Fuchs GJ and col. Simultaneous zinc and Vitamin A supplementation in Bangladeshi children: randomized double blind controlled trial. *BMJ* 2001; 323: 314 – 8.

307. Hossain s, Biswas R, Kabir I, Sarker S, Fuchs G. Single dose Vit A treatment in acute shigellosis in Bangladeshi Children: randomized double blind controlled trial. BMJ 1998; 316: 422 – 6.

Terapia antibiótica para Shigella

308. Mandell L. Bennett J, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 50th ed, 2000.
309. Wasfy M., Oyofa B, David J et al. Isolation and antibiotic susceptibility of Salmonella, Shigella and Campylobacter from acute enteric infections in Egypt. J Health Popul Nutr 2000; 18:33-38
310. Banjeh S, Ga-Oum N, Al-Sanabani R. Bacterial aetiology and anti-microbial resistance of childhood diarrhoea in Yemen. J Trop Pediatr 2001; 47:301-303
311. López SR. Resistencia a los antimicrobianos. CENDR. Agosto 29 del 2002.
312. Mandell L. Bennett J, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 50th Ed, 2000. Shigellosis, Pág 1086, 1129, 2367.

Terapia antibiótica en regímenes de antibióticos con duración de 5 días con Penicilina o Amoxicilina

313. McIntosh K. Community-Acquired Pneumonia in Children. N Engl J Med 2002; 346:429-437. www.nejm.org.
314. Sherman J. Pneumonia. Medicine Journal. 2002; Vol 3, No. 3. http://www.emedicine.com/splash.html
315. Keley DJ, Nkrumah FK, Kapuyanyika C. Randomized trial of sulfamethoxazole + trimethoprim versus procaine penicillin for the outpatient treatment of childhood pneumonia in Zimbabwe. Bulletin of the World Health Organization. 1990; 68:185-192.
316. Straus WSL, Qazi SA, Kundi Z. et al. Antimicrobial resistance and clinical effectiveness of cotrimoxazole versus amoxycillin for pneumonia among children in Pakistan: randomized controlled trial. The Lancet. 1998; 352:270-274.
317. CATCHUP Study Group (Cotrimoxazole Amoxicillin Trial in children Under 5 years for Pneumonia) Clinical efficacy of cotrimoxazole versus amoxicillin twice daily for treatment of pneumonia: a randomized controlled clinical trial in Pakistan. Arch Dis Child 2002; 86:113-118. www.archdischild.com

318. Hazir T, Slatif E, Qazi SA, et al. Clinical efficacy of 3 day versus 5 days of oral amoxicillin for treatment of childhood pneumonia : a multicentre double-blind trial. Pakistan Multicentre Amoxicillin short Course Therapy (MASCOT) pneumonia study group. Lancet 2002; 360:835-841. http://www.thelancet.com/extras/01art7461web.pdf
319. Technical Seminar-Acute Respiratory Infections. World Health Organization (WHO).
320. Estrategia Mundial de la OMS, para Contener la Resistencia a los Antimicrobianos. WHOR/CDS/CSR/2001.2

Terapia antibiótica de la otitis media aguda con altas dosis de amoxicilina

321. Alejandro Hoberman, MD et al. Treatment of Acute Otitis Media Consensus Recommendations. Clinical Pediatrics, July/august 2002:373-390.
322. Lolita Piglansky, MD et al. Bacteriologic and clinical efficacy of high dose amoxicillin for therapy of acute otitis media in children. The Pediatric Infectious Disease Journal. Vol 22, No. 5 May 2003:405-412.
323. Kozyskyj AL, et al. Short Course Antibiotics for acute otitis media. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
324. Pedro Martín Muñoz, Juan Ruiz Canela Cáceres. Manejo de la Otitis Media Aguda en la Infancia. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. 2001:16-18



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Coopération luxembourgeoise



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

unicef