

Ministerio de Salud de El Salvador

Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años



San Salvador, junio de 2018



Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Viceministerio de Servicios de Salud
Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia

Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años.

San Salvador, junio de 2018

Ficha catalográfica

2018 Ministerio de Salud.

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de éste documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Normas, Manuales, Lineamientos y Planes Estratégicos.

Tiraje: N° de ejemplares.

Edición y distribución

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2205-7000.

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Diseño de Proyecto Gráfico:

Diagramación: Imprenta XXXXX

Impreso en El Salvador por Imprenta XXXXX.

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. **“Lineamientos técnicos de atención integral a niños y niñas menores de 10 años”**

San Salvador, El Salvador. C.A.

1a. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A.

Autoridades

Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos
Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Oscar Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud

Equipo técnico

Dra. Marcela Hernández Dr. Juan Antonio Morales Rodríguez. Dra. Yanira Burgos	Unidad de Atención Integral de la Mujer, Niñez y Adolescencia.
Licenciada Carmen Elena Moreno	Dirección de Regulación y Legislación en Salud.
Dra. Ixchel Medrano Cantarely	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención
Dra. Wendy Melara	Programa VIH – Nivel Superior
Dr. Jorge Meléndez Dra. Mayra Muñoz de Henríquez Dra. Carolina Elizabeth García Dr. Rubén Vaquero	Región Metropolitana de Salud
Dr. Sabrina Rebeca Santana Valencia	Región Central de Salud
Dr. Carlos Alberto Bonilla	Región Paracentral
Dra. Cecilia Somoza de Díaz.	Unidad de Salud Bucal Nivel Superior
Dr. Rigoberto González	Unidad de Salud Mental Nivel Superior
Dra. Elizabeth Cristina Vega Figueroa.	Programa Salud de la Niñez, Adolescencia y Mujer – FOSALUD.
Licenciada Sara Lemus	Unidad de Enfermería Nivel Superior
Licenciada Elda Carolina Guerra	Unidad de Nutrición Nivel Superior
Licenciada Margarita de Serrano	Unidad de Atención Integral e Integrada a todas las formas de Violencia
Licenciada Ruth Elizabeth Velasco.	Unidad de Promoción de la Salud

Comité consultivo

Dra. María Milagro del Rosario Gutiérrez P.	Jefe de Emergencia Hospital Benjamín Bloom
Licenciada Carmen Elena Ortiz	Psicóloga
Licenciada Jeannette Suarez de Choto	Unidad de Promoción de la Salud – Nivel Superior
Dr. Antonio Pacheco Peña	UCSF La Palma
Dr. Carlos Mauricio López	UCSF San Luis de la Reina
Señor Miguel Ángel Mejía	Foro Nacional de Salud
Señora Alba Luz Villatoro	Foro Nacional de Salud
Ludwing Ernesto Flamenco Colato	Foro Nacional de Salud – CITED
Dr. Juan Francisco Martínez Chavarría	UCSFE Perquín
Dr. Ernesto Bonilla	UCSFI Ilobasco
Licenciada Ana Betty Chavarría	UCSFI El Tránsito
Licenciada Silvia Yanira Monge	UCSFI Suchitoto
Licenciada Alma Lorena Martínez de Marín	SIBASI Oriente – Región Metropolitana
Dr. Jorge Alberto Sanabria	UCSFI San Miguelito
Licenciada Doris Molina de Hernández	UCSFI El Congo
Dr. Luis Marroquín	UCSFI El Congo
Dra. Ana Maritza Aguilar	Médico - UCSFI Apopa
Dr. José Ismael López	Odontólogo – SIBASI San Vicente

Dra. Rhina Elizabeth Turcios Ayala	SIBASI San Miguel
Dr. Juan Carlos Mejía	UCSFE El Palmar
Licenciada Wendy Rivas de Figueroa	SIBASI Ahuachapán
Ing. Hernán Edilberto Alas	Región Central
Licenciado Oscar Arcides Santos	UCSFI La Reina Chalatenango.
Dra. Florenz Henríquez	Técnico PROVIDA – UNICEF
Dra. Ana Luisa Rodríguez	Colaborador Técnico – SIBASI Ahuachapán
Licenciado Tomas Siracides Juárez	SIBASI SUR – Región Metropolitana.
Licenciada Yanira de Pérez	Región Paracentral
Licenciado Juan Carlos Regalado Orellana	Región Occidental
Licenciada Karen Oliva	SIBASI Oriente – Región Metropolitana

Índice

	Nº de página
I. Introducción	1
II. Base Legal	2
III. Objetivos	4
IV. Ámbito de aplicación	4
V. Marco conceptual	5
VI. Contenido técnico	15
1. Evaluar, clasificar y tratar al recién nacido o nacida hasta los 28 días.	16
2. Evaluar, clasificar y tratar de 29 días al menor de 5 años.	35
3. Evaluar, clasificar y tratar de 5 años al menor de 10 años.	96
4. Alimentación en situaciones de emergencia.	169
VII. Disposiciones finales	172
VIII. Vigencia	175
Bibliografía	176
Anexos	180

INTRODUCCIÓN

En nuestro país la mortalidad a causa de enfermedades prevenibles como son: sepsis neonatal temprana y tardía, infecciones respiratorias agudas, problemas de malnutrición, enfermedades infecciosas intestinales y otras, siguen siendo un reto para el personal de salud que se encuentra en las unidades comunitarias de salud familiar, y aunque se han observado los esfuerzos por ir manteniendo la disminución de las tasas de mortalidad, se evidencia la no uniformidad de estos resultados.

Con los lineamientos de atención dirigida al menor de 5 años, cuyo diseño fue adaptado de la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalente de la Infancia (AIEPI) en su componente clínico, el Ministerio de Salud (MINSAL) dio respuesta de manera concreta y sencilla a escenarios que se pudieran presentar durante la práctica clínica del personal con la metodología de evaluar, clasificar y tratar, haciendo la toma de decisiones de manejar o referir de manera oportuna y pertinente.

No obstante, en el presente lineamiento se da respuesta a la necesidad existente de promover la atención hasta el menor de 10 años, garantizando el continuo de la atención, Siendo que la edad pediátrica tiene un dinamismo en sus diferentes etapas que ameritan ser vistas de manera holística, es necesario continuar con los controles de seguimiento que permitan evaluar el crecimiento y neurodesarrollo y a la vez identificar las posibles variaciones de manera temprana, así como el manejo adecuado de problemas de malnutrición, anemia, logrando la disminución del impacto negativo que provocaría el no alcanzar su máximo potencial para en el futuro de las niñas y niños, de similar manera su evaluación y manejo adecuado por consulta de morbilidad, incentivar la promoción para la salud para crear macro y microambientes que generen una red de apoyo en las áreas geográficas de influencia con un enfoque familiar, comunitario e interinstitucional.

Para contribuir con la garantía del derecho a la salud y a la vida, establecidos en la Ley de protección de la niñez y de la adolescencia (LEPINA), también se ha incorporado el abordaje de las niñas y niños víctimas de cualquier tipo de violencia y el cumplimiento de sus derechos.

Por lo antes expuesto el personal que conforma las Redes integrales e integradas de salud (RIIS), debe disponer de una herramienta práctica y de fácil consulta, que presente de manera concreta y ordenada, cómo debe prestar la atención integral a las niñas y niños menores de 10 años, garantizando que todos los esfuerzos desde el ambiente comunitario hasta los servicios de atención especializados proporcionen atención integral con eficacia, eficiencia, calidad y calidez.

I. Base Legal

Constitución de la República de El Salvador

Artículo 65.- establece que la salud de los habitantes constituye un bien público, por lo que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento, así mismo señala en su artículo 67 que los servicios de salud pública serán esencialmente técnicos.

Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia:

De acuerdo con los artículos:

Artículo 8.- Deberes del Estado. Es deber del Estado promover y adoptar todas las medidas necesarias para proteger a la familia, así como a los padres y madres, para el cumplimiento de los derechos y deberes establecidos en la presente Ley.

Artículo 21.- Derecho a la salud. La salud es un bien público y un derecho fundamental de las niñas, niños y adolescentes que debe entenderse de manera integral como la resultante de la interacción dinámica de distintos factores bio-psico-sociales, económicos, el medio ambiente, el agua en calidad y cantidad suficiente, el estilo de vida y el sistema de atención sanitaria. El Estado debe garantizar este derecho mediante el desarrollo de las políticas públicas y programas que sean necesarios para asegurar la salud integral de la niñez y adolescencia. En todo caso, la ausencia de políticas o programas de salud no exime de la responsabilidad estatal de atención que sea requerida en forma individualizada para cualquier niña, niño o adolescente

Artículo 26.- Responsabilidades de la familia frente al derecho a la salud Es obligación de la madre, el padre, representante o responsable de la niña, niño o adolescente:

- a) Inscribirlos en el sistema de salud o de seguridad social desde el momento de su nacimiento;
- b) Asegurar que asistan a los controles periódicos de salud, vacunación y demás servicios médicos;
- d) Llevarlos a los servicios médicos necesarios ante un síntoma de enfermedad o riesgo a la salud;
- e) Cumplir con diligencia las instrucciones de los profesionales de la salud, tanto públicos como privados, en lo que se refiere al tratamiento de que fuesen sujetos;

Código de Salud

Artículo 40, el Ministerio de Salud, es el responsable de emitir las normas, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.

Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo

Artículo 42 numeral 2, refiere que le corresponde al MINSAL, la emisión de normas sanitarias en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

Política Nacional de Salud 2015-2019

Eje estratégico III profundización de la Reforma de Salud,

Estrategia 4. Profundización y ampliación de los Ejes Estratégicos de la Reforma de Salud

Eje 1: Fortalecimiento de las redes integrales e integradas de salud (RIIS).

Línea de acción 4.3 Asegurar la continuidad de la acción integral e integrada durante todo el curso de vida, específica y equitativa, desde la persona, familia y comunidad, todo ello con un enfoque de derechos, inclusión, género e intercultural en concordancia con el marco legal establecido.

Numerales:

4.3.1. Desarrollar intervenciones intrasectoriales e intersectoriales con amplia participación social y con enfoque individual, familiar y comunitario que incidan en la determinación social de la salud y para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, control, tratamiento, habilitación y rehabilitación y cuidados paliativos de enfermedades agudas y crónicas, transmisibles y no transmisibles, así como otras de interés epidemiológico.

4.3.2. Dar cumplimiento a lo normado en la LEPINA, la Política Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia, la Política Nacional para la Atención Integral de la Niñez y la Adolescencia, así como a los protocolos y tratados internacionales de atención que garantizan los cuidados esenciales de la niñez y adolescencia en sus diferentes etapas.

II. Objetivos

Objetivo general

Definir las directrices de atención integral a niñas y niños menores de 10 años, para su aplicación por el personal de salud en las RIIS, que incluye la promoción prevención y evaluación del crecimiento y desarrollo, así como manejo integral de enfermedades frecuentes en la infancia, con enfoque de derechos.

Objetivos específicos

1. Desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades de las niñas y niños menores de 10 años, con la participación de madres, padres, cuidadores y comunidad.

2. Definir el proceso de atención integral con calidad para la vigilancia y seguimiento del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de 10 años en las RIIS.
3. Definir el proceso de atención integral con calidad y calidez de manera oportuna y pertinente a enfermedades frecuentes en la infancia, para la disminución de la morbi-mortalidad y posibles secuelas.
4. Identificar los factores de riesgo que afecten la salud integral de las niñas y niños menores de 10 años para su abordaje oportuno.
5. Facilitar el proceso de educación continua, monitoreo, supervisión y gestión administrativa de los profesionales de la salud de la RIIS en el componente de atención integral de las niñas y niños menores de 10 años.

III. Ámbito de aplicación

Estos lineamientos están dirigidos al personal de los establecimientos del primer nivel de atención, desde los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares) y los Equipos Comunitarios de Salud Especializados (Ecos Especializados) hasta las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) básica, intermedia y especializada, pretendiendo ser una herramienta útil, práctica y de fácil comprensión, para la sistematización de la atención integral a los niños y niñas menores de diez años en el espacio geopoblacional, en sus comunidades, las familias y las personas, lo que se convierte en una nueva cultura organizacional con énfasis en el abordaje integral de la salud.

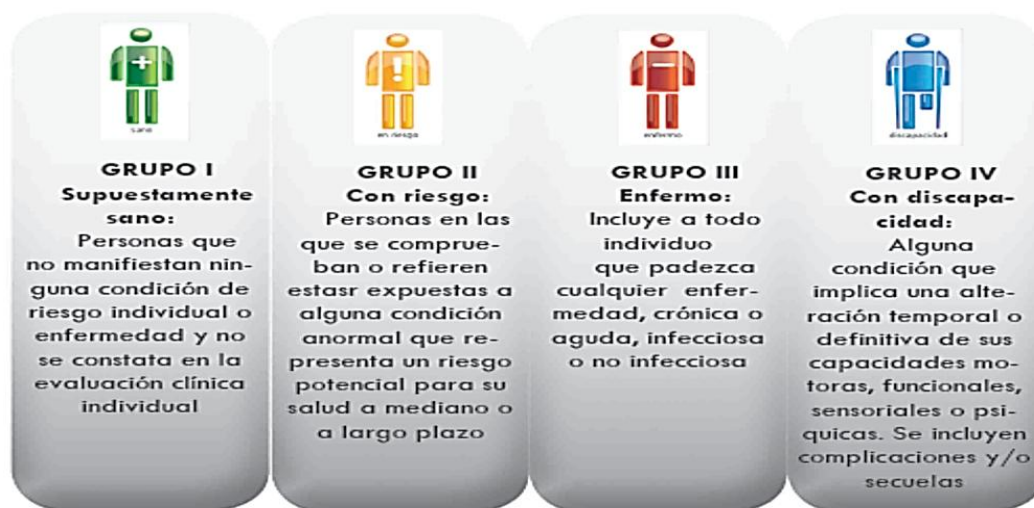
IV. Marco conceptual.

Una atención integral e integrada de las niñas y los niños debe ser un proceso dinámico durante el curso de vida, comprendiéndose desde la existencia de cambios en el componente físico y en el neurodesarrollo, que deben tomarse en cuenta para la detección oportuna de casos. Esto a través de la identificación de síntomas y signos clínicos de gran sensibilidad y especificidad, la clasificación, el diagnóstico adecuado y el tratamiento oportuno.

El modelo de atención en salud familiar y comunitaria incluye los servicios que se deben proporcionar a las niñas y los niños cuando están sanos o con alguna morbilidad, siendo necesario conocer los aspectos a vigilar al momento de dar la atención, identificando factores de riesgo, de forma oportuna y pertinente para su corrección, desarrollando acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, en el continuo de la atención, con el enfoque mujer, individuo, familia y comunidad.

La presente actualización ha sido adoptada de acuerdo al modelo de atención en salud familiar y comunitaria, implementada por la Reforma de Salud que garantiza ampliar la cobertura de atención con integralidad en las diferentes áreas de acción y cuyas

actividades fundamentales se relacionan directamente con la dispensarización, que es el proceso dinámico y continuo de clasificación individual de la población de responsabilidad en los 4 grupos dispensariales siguientes:



La dispensarización debe ser evaluada de manera periódica, quedando registrado en cada consulta preventiva y cuando una morbilidad amerite su cambio de manera temporal o permanente. Por lo tanto, la frecuencia de evaluación estará en correspondencia al grupo dispensarial que se clasifique según los lineamientos establecidos.

Derecho a la salud integral en las niñas y niños

El Salvador ha sido firmante de múltiples tratados internacionales y regionales, reconociendo el derecho a la salud y otros relacionados, cuya ratificación trae obligaciones que son vinculantes con la ley internacional, siendo la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) la que contempla los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, convirtiéndolos en inherentes e indivisibles sobre la integralidad de la niñez, garantizando el derecho a la salud en su amplio concepto.

Las niñas y los niños son agentes de un alto grado de vulnerabilidad, por lo que la garantía de sus derechos va desde la concepción y continúa durante el curso de vida, para ello es necesario establecer y mantener alianzas para que la sociedad se convierta en un ente empoderado garante de su cumplimiento.

El MINSAL, a través del nuevo modelo de atención en salud familiar y comunitaria, se convierte en garante del cumplimiento de una atención integral en la población infantil, estableciendo protocolos y directrices de actuación del personal de salud para la prevención, detección, atención y rehabilitación de la niña o niño afectado por cualquier forma de violencia, pues la actuación del personal puede determinar la diferencia entre la protección o la vulneración de los derechos de las niñas y los niños.

La atención a las niñas y niños con discapacidad va dirigida al goce de una vida plena,

con respeto de sus derechos, con acciones encaminadas a un desarrollo integral, manteniendo y restaurando su salud física y emocional, a través de la prevención, detección temprana, referencia y retorno oportunos.

Atención integral a niñas y niños menores de 10 años

Los lineamientos definidos en este documento se basan en la estrategia internacional de “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia” (AIEPI), adaptándose a las necesidades propias del país, por lo que se incorpora el grupo etario de 5 a 9 años y se desarrollará cada uno de los componentes de atención que contempla la estrategia.

Los componentes de atención que contempla la estrategia, son los siguientes:

Atender de manera integral e integrada a las niñas y niños, mejorando los sistemas y servicios de salud

A través del fortalecimiento de la RIIS, se han establecido las condiciones para dar respuesta en cada uno de los niveles de atención de salud, permitiendo establecer directrices para la organización y funcionamiento en cada una de las áreas geográficas de responsabilidad tanto a nivel interinstitucional e intersectorial en búsqueda de la identificación y solución de problemas para la mejora continua de salud y la calidad de vida de las niñas y niños.

Mejorar las habilidades del personal de salud para brindar una atención de calidad

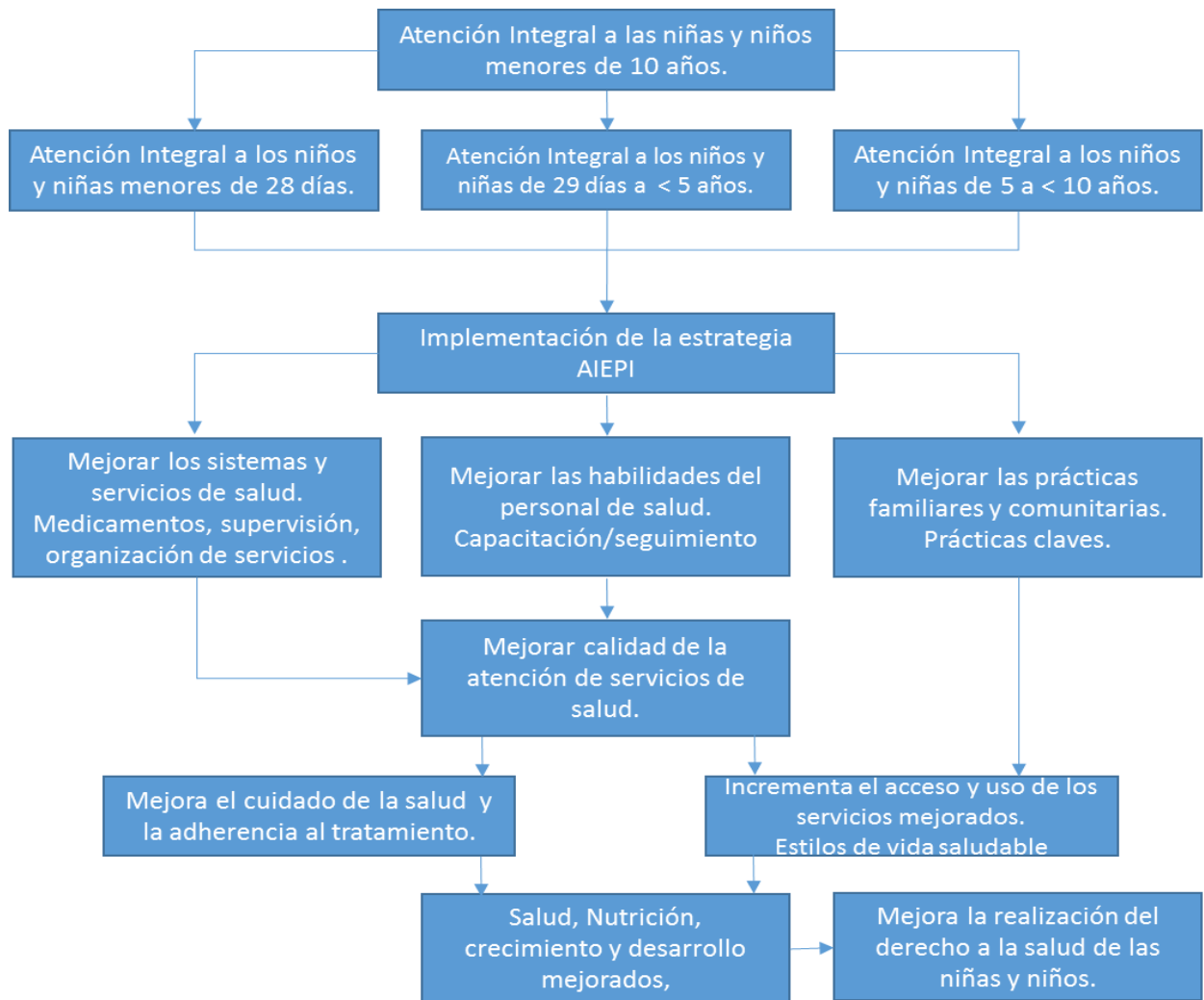
El personal de salud son los agentes que cumplen el papel central de proteger, promover y respetar el derecho a la salud. Por tal motivo es importante generar el espacio de educación continua, crear habilidades y destrezas, capacidad para la promoción, prevención y tratamiento, así como la referencia, oportuna y pertinente.

Incentivar las prácticas familiares y comunitarias para el cuidado de la madre, recién nacido y las niñas y los niños menores de 10 años

Una comunidad saludable es el reflejo del trabajo clínico y gerencial, promoviendo la convivencia ciudadana en materia de salud por medio de acciones de carácter social y educativo, estableciendo estilos de vida saludables, estimulando la organización comunitaria y la participación social.

Es necesario mantener seguimiento con monitoreo, supervisiones facilitadoras específicas e integrales, para identificar debilidades, establecer compromisos de mejora, realizar retroalimentación y capacitación in situ, siendo un compromiso de todos los niveles gerenciales brindar apoyo técnico según los hallazgos encontrados.

En forma de esquema se presenta de la manera siguiente:



Fuente: Tomado y Adaptado de: Bryce et al. The multi-country evaluation of the integrated management of childhood illness strategy: lesson for the evaluation of public health interventions. American Journal of Public Health. March 2004, Vol 94 No.3.

Proceso de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia en las niñas y niños menores de 10 años

La estrategia está diseñada con el objetivo de disminuir la morbi mortalidad en el país, mediante la participación comunitaria, reconociendo signos de alarma para atender y referir oportunamente a niñas y niños de cero a menor de diez años.

El proceso de atención tomando como base la estrategia AIEPI se basa en seis conceptos, así como la filosofía de los colores, los que se detallan a continuación:

1. **Evaluar:** consiste en detectar en primer lugar los signos de peligro e identificar los signos o síntomas asociados con los principales problemas de salud del niño o niña, por medio de entrevistas, observación, examen físico, verificación del estado nutricional y de vacunación. También en la evaluación se incluye el seguimiento del desarrollo y

crecimiento de los niños y además identificar otros problemas relacionados con la población infantil y su entorno social, evaluando los signos de alarma de maltrato infantil.

2. **Clasificar:** se lleva a cabo por medio de un sistema codificado por colores caracterizado a continuación:

Rojo: tratamiento y referencia urgente.

Amarillo: tratamiento ambulatorio y consejería.

Verde: consejería sobre tratamiento y cuidados en el hogar.



3. **Determinar el tratamiento:** después de clasificar la condición del niño, si requiere referencia urgente, administrar el tratamiento esencial antes de referirlo. Si necesita tratamiento, pero puede irse a la casa, elaborar un plan integrado de tratamiento y administrar la primera dosis de los medicamentos en la unidad comunitaria de salud familiar y actualizar esquema de vacunación.

Tratar: significa prescribir, administrar los tratamientos o procedimientos (hidratación oral, manejo de sibilancias, entre otros) que recomienda la estrategia para los problemas identificados, en el servicio de salud y en la casa. Enseñar a la madre como realizar los tratamientos en el hogar.

Recuerde: los tratamientos deben ser indicados tomando en cuenta los medicamentos que se encuentran dentro del cuadro básico de medicamentos vigente y evitar indicar tratamientos no apropiados, que inclusive pueden generar malestar al paciente o poner en riesgo su vida, además al elaborar la receta debe ser con base a las buenas prácticas de prescripción.

4. **Educar a la madre o cuidador:** proporcionar recomendaciones al cuidador y/o madre acerca de cómo administrar el tratamiento y el uso de medicamentos orales en casa, la prevención y administración de líquidos durante la enfermedad y el tratamiento de infecciones locales en casa, orientación sobre alimentación adecuada a la edad. También se incluye los controles para el seguimiento con fecha específica y enseñar a reconocer signos de alarma para su regreso inmediato al servicio de salud y al finalizar explorar la comprensión de las recomendaciones dadas al cuidador.

Recuerde: es importante también explicar a la niña o niño sobre la importancia del cumplimiento de su tratamiento y aclarar cualquier duda en un lenguaje sencillo de acuerdo a su edad.

Evaluar la alimentación: incluye la evaluación de la práctica sobre lactancia materna y alimentación complementaria en el menor de dos años.

5. **Garantizar consejería en las prácticas claves:** consejería en alimentación, cuidados en el hogar por los padres y la familia, estimulación del desarrollo, promoción de buen trato y prevención del maltrato infantil, entre otras.
6. **Atención de seguimiento:** se realiza por medio de cuadros de procedimientos para determinar cómo evoluciona el niño o niña, si esta igual, mejor o peor y evaluar si existen problemas nuevos, en aquellos casos donde no se logra identificar el compromiso de seguimiento se debe de programar y realizar visita domiciliar correspondiente.

Otras recomendaciones importantes durante el proceso de atención son:

- Referirse a la niña o niño por su nombre.
- Hacer participar a la niña o niño durante la anamnesis y examen físico, con un lenguaje sencillo y apropiado a su edad.
- Explicar a los padres, cuidador o responsable de algunas particularidades durante el examen médico.
- Brindar un trato digno y con respeto a la intimidad personal de la niña o niño.
- Transmitir seguridad y tranquilidad a la niña o niño durante toda la atención médica.
- Solicitar consentimiento informado de los padres al querer realizar cualquier procedimiento, esto queda sin efecto en momentos de emergencia que ponga en riesgo la vida del niño o niña. Referirse a *“Lineamientos técnicos de promoción del Derecho Humano a la salud”*.

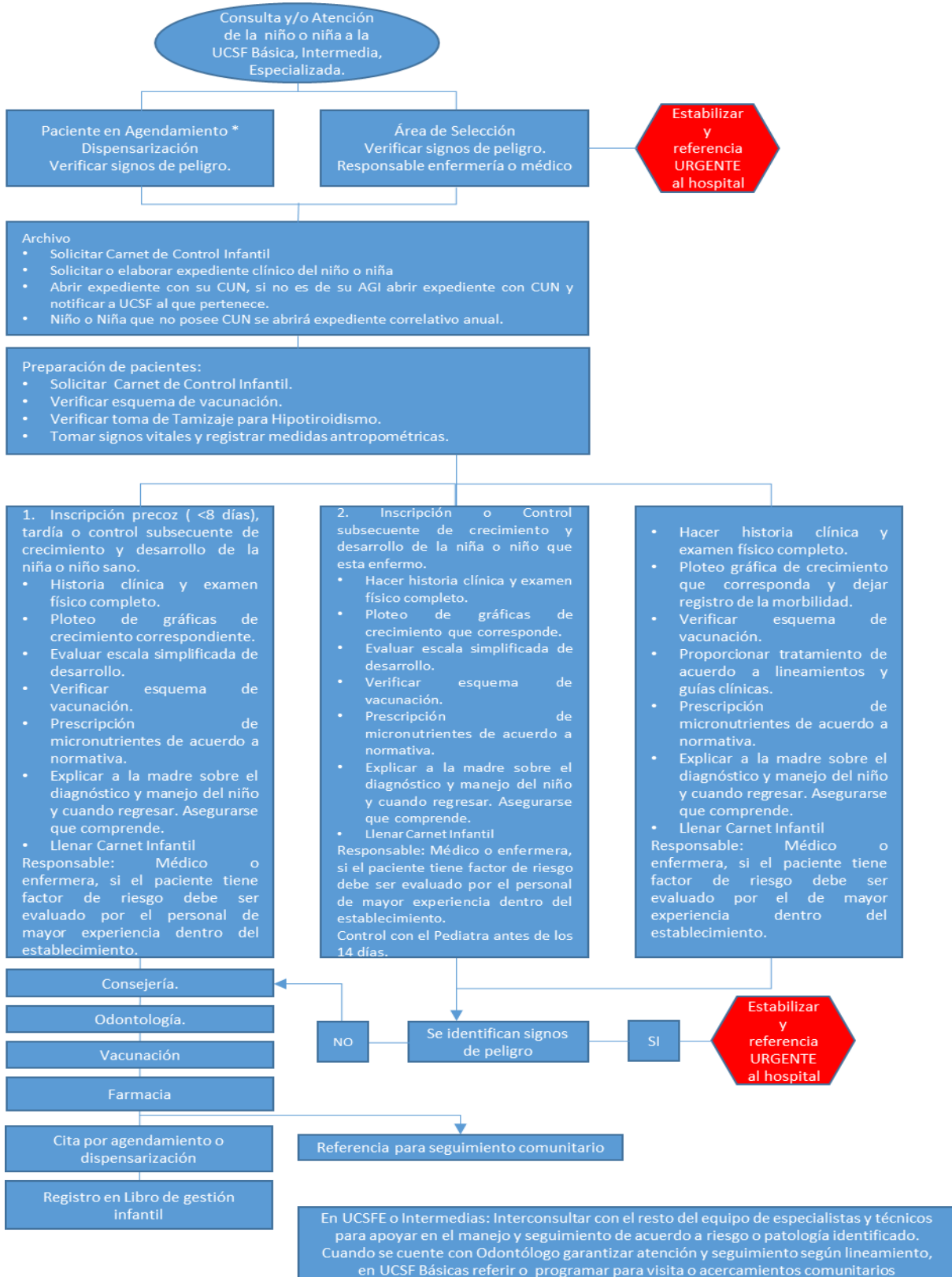
Modelo de atención a primera infancia

La primera infancia es una etapa importante y trazadora para el desarrollo de las niñas y niños. Por esa razón es importante generar las condiciones necesarias para asegurar un bienestar nutricional, social, con accesos a salud que cuente con servicios integrados e integrales, desde que se encuentran en el vientre materno hasta el inicio de una educación inicial exitosa con calidad. Así como fomentar las adecuadas prácticas de crianza, cuidados de sus familias y de la comunidad.

En esta etapa las niñas y niños experimentan rápidos y profundos cambios, que van desde el inicio de capacidades elementales para la sobrevivencia y de una amplia gama de potencialidades, hasta dominar complejas habilidades físicas, emocionales, psíquicas, cognitivas y sociales.

Un elemento que tomar en cuenta es el estado nutricional, pues si este es deficiente en estos primeros años de vida, se va a evidenciar un retraso o débil crecimiento y desarrollo. Como institución se debe garantizar aquellos servicios preventivos dentro de los controles o visitas integrales de terreno, para realizar de manera exhaustiva la búsqueda de factores individuales, familiares o comunitarios que afecten de manera negativa en lo antes mencionado.

FLUJOGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 10 AÑOS.



Fuente: Comité Técnico Lineamientos de Atención Integral de niños y niñas menores de 10 años, MINSAL, Diciembre 2017.

Generalidades sobre la atención integral de niños y niñas menores de 10 años

La atención en los niños o niñas menores de 10 años puede ser a través de:

- Agendamiento en aquellos establecimientos que tienen capacidad para su implementación.
- Dispensarización, en el caso de establecimientos que poseen levantamiento de ficha familiar cumpliendo su seguimiento por grupo de dispensarización individual o factor de riesgo identificado.
- Selección, la cual es realizada con base a prioridad de casos.

En el área de preparación de expedientes se debe hacer de manera rutinaria una revisión de los datos que se encuentran registrados en el carnet infantil: incluye datos de resultado de tamizaje neonatal, esquema de vacunación el cual debe ser actualizado, cumplimiento de micronutrientes, citas de controles de crecimiento y desarrollo o por morbilidad, entre otros, al identificar la ausencia de cualquier atención y/o servicio se debe de garantizar durante la consulta actual.

Al momento de proporcionar la atención debe ser con integralidad, historia clínica orientada, examen físico completo, llenado e interpretación de escalas y gráficas correctamente, lo que llevará a una clasificación, diagnóstico y tratamiento congruente, además debe de ir acompañado de labor de concientización y educación que permita crear un compromiso de cumplimiento de las indicaciones dadas y participar de el seguimiento comunitario efectivo, verificando que el responsable comprendió toda la información a través de la retroalimentación, sin olvidar que toda esta información debe quedar registrada en el expediente como en su carnet infantil.

Los lineamientos tienen como base la identificación de signos que orientan al proveedor de servicios sobre estados de gravedad o alarma, sin embargo, es importante señalar que será necesario que dentro de los controles preventivos que se realicen a partir del año de vida, se haga tamizaje a la niña o niño con los siguientes exámenes: hemoglobina/hematocrito, examen general de heces y orina.

Además, en los casos de niñas y niños que nacieron siendo prematuros o con bajo peso, a partir del control de los 5 años se realiza tamizaje que incluya: medición fidedigna de la presión arterial, siendo esta ploteada en las escalas de acuerdo con su edad, nitrógeno ureico y creatinina, pues se ha evidenciado su asocio con enfermedades como hipertensión e insuficiencia renal, al ser identificados deben ser referidos oportunamente con las especialidades correspondientes, y darle el seguimiento a los planes de manejo indicados.^{1,2}

Al identificar en cualquier momento signos de peligro o alarma se debe proporcionar atención oportuna por parte del personal involucrado en la atención de la niña o niño, para estabilizar y referir al nivel correspondiente según la complejidad del escenario.

¹ Rodríguez-Soriano J, Aguirre M, Oliveros R, Vallo A., Long-term renal followup of extremely low birth weight infants.; *Pediatr Nephrol.* 2005 May;20(5):579-84. Epub 2005 Mar 22.

² Kwinta P, Klimek M, Drozd D, et al. Assessment of long-term renal complications in extremely low birth weight children. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany).* 2011;26(7):1095-1103. doi:10.1007/s00467-011-1840-y.

Si se considera que la niña o niño, necesita recibir consejería por su tipo de patología o condición debe referirse al personal designado para tal tarea, haciéndola efectiva en un tiempo prudencial.

Toda niña o niño inscrito, debe ser referido a la consulta odontológica. En el caso, del control subsecuente se debe referir aquellos que nunca han sido evaluados por el odontólogo o faltistas de controles, la periodicidad de las citas será definida por odontología.

En farmacia al entregar medicamentos, cuya presentación es en polvo, debe prepararse y verificar el cumplimiento de la primera dosis por personal designado, es de recordar que como institución el MINSAL es el ente vigilante para garantizar la calidad de agua apta para consumo humano, que será la utilizada para la preparación de medicamentos.

Establecer la programación de citas de control o seguimiento, asegurando la notificación a coordinadores o personal de enlace sobre aquellos casos que ameriten seguimiento comunitario y su respectivo reporte de cada uno de ellos.

El libro de gestión infantil debe ser llenado correctamente y mantenerse actualizado, la información contenida sirve para la toma de decisiones por parte del equipo dentro de las actividades que se realizan dentro del establecimiento como en terreno.

Generalidades sobre las áreas destinadas para la Unidad de Rehidratación Oral (URO) y Unidad de Inhaloterapia.

Estas dos áreas son parte de la atención de enfermedades por diarrea y problemas respiratorios; en los siguientes apartados se establecen las características de éstas y los insumos básicos que deben contar para su funcionamiento.

Estructura física de la URO

Se debe ubicar en un espacio definido que tenga condiciones higiénicas para preparar el suero oral, debe explicarse al cuidador como lo va a administrar durante el tiempo que dure el plan a aplicar.

Los insumos con que debe contar son los siguientes:

- Recipiente con la medida exacta de un litro graduado.
- Sales de rehidratación oral
- Vasos o tazas, cucharas.
- Jabón líquido y/o alcohol gel.
- Material para secado de manos.
- Tensiómetro pediátrico.
- Termómetros.
- Descartables de infusión, equipo de venopunción y catéter o venocat pediátrico número 24 y 25.
- Algodón, alcohol, liga, jabón yodado, materiales e insumos para desinfección.
- Lactato de Ringer / SSN 0.9% de 250cc o 500cc
- Póster o afiche del plan A y B.

- Hoja de valores normales de signos vitales.
- Hojas educativas para identificar los signos de peligro y cuando debe regresar al establecimiento.
- Hojas de evaluación, clasificación y seguimiento del tratamiento de la diarrea plan "B".
- Hoja de riesgo social.
- Libro de anotación de pacientes atendidos en la URO, el cual debe tener la siguiente información.

No. Correlativo	Fecha	No. Expediente	Nombre del Paciente y Cuidador	Edad	Peso (Kg)	Dirección	Cantidad de SRO tomada por hora (Desde la 1era. Hora hasta la 6ta) Debe ser rayado por Hora.	Control 24 H		Observaciones	Responsable
								Si	No		

Fuente: Comité Técnico Lineamientos de Atención Integral de niños y niñas menores de 10 años, MINSAL, Diciembre 2017.

Estructura física de la Unidad de Inhaloterapia

Se debe de ubicar en un espacio definido que tenga condiciones higiénicas para poder explicarle la técnica adecuada de administrar el medicamento en spray con espaciador de volumen.

Debe contar con los insumos siguientes:

- Tensiómetro pediátrico / termómetros / estetoscopio pediátrico (el mismo que se utiliza en los consultorios).
- Inhalador de dosis medida (salbutamol en aerosol).
- Espaciadores de volumen pediátricos.
- Jabón líquido y/o alcohol gel.
- Material para secado de manos.
- Salbutamol gotas para nebulización.
- SSN al 0.9% y jeringas.
- Compresores en buen estado y con adecuado mantenimiento (revisar filtros).
- Mascarillas pediátricas en buen estado, micronebulizadores y conectores empacados en paquetes individuales.
- Hoja de valores normales de signos vitales.
- Flujograma de manejo de sibilancias.
- Flujograma de manejo de neumonía.
- Hojas educativas para identificar los signos de peligro y cuando debe regresar al establecimiento.
- Libro de anotaciones del área de nebulizaciones, el cual debe contar con la siguiente información.

No, Correlativo	Fecha	No. Expediente	Nombre del Paciente	Edad	Peso (Kg)	Dirección	No. De nebulizaciones con compresor, consignar gotas de Salbutamol + cantidad de SSN 0.9%.	No. de Aplicaciones (Puff) de Salbutamol MDI con espaciador de volumen	Observaciones	Responsable
-----------------	-------	----------------	---------------------	------	-----------	-----------	--	--	---------------	-------------

Fuente: Comité Técnico Lineamientos de Atención Integral de niños y niñas menores de 10 años, MINSAL, Diciembre 2017.

V. Desarrollo del contenido técnico

A continuación se presentan las actividades definidas para cada uno de los grupos de niñas y niños menores de 10 años, de la manera siguiente:

- Evaluar, clasificar y tratar a la recién nacida o nacido hasta los 28 días de vida.
- Evaluar, clasificar y tratar a la niña o niño de 29 días al menor de 5 años.
- Evaluar, clasificar y tratar a la niña o niño de 5 años al menor de 10 años

EVALUAR, CLASIFICAR Y
TRATAR A LA RECIEN
NACIDA O NACIDO
HASTA LOS 28 DIAS DE
VIDA.

Atención del recién nacido en caso inminente de parto extra hospitalario.

El personal de salud debe prepararse ante el nacimiento de una niña o niño en cualquier establecimiento de salud donde debe estar asignada un área y los roles del equipo para asistir un parto, así como si sucediera este a nivel comunitario, en ambos escenarios se le debe de garantizar las condiciones básicas enunciados a continuación:

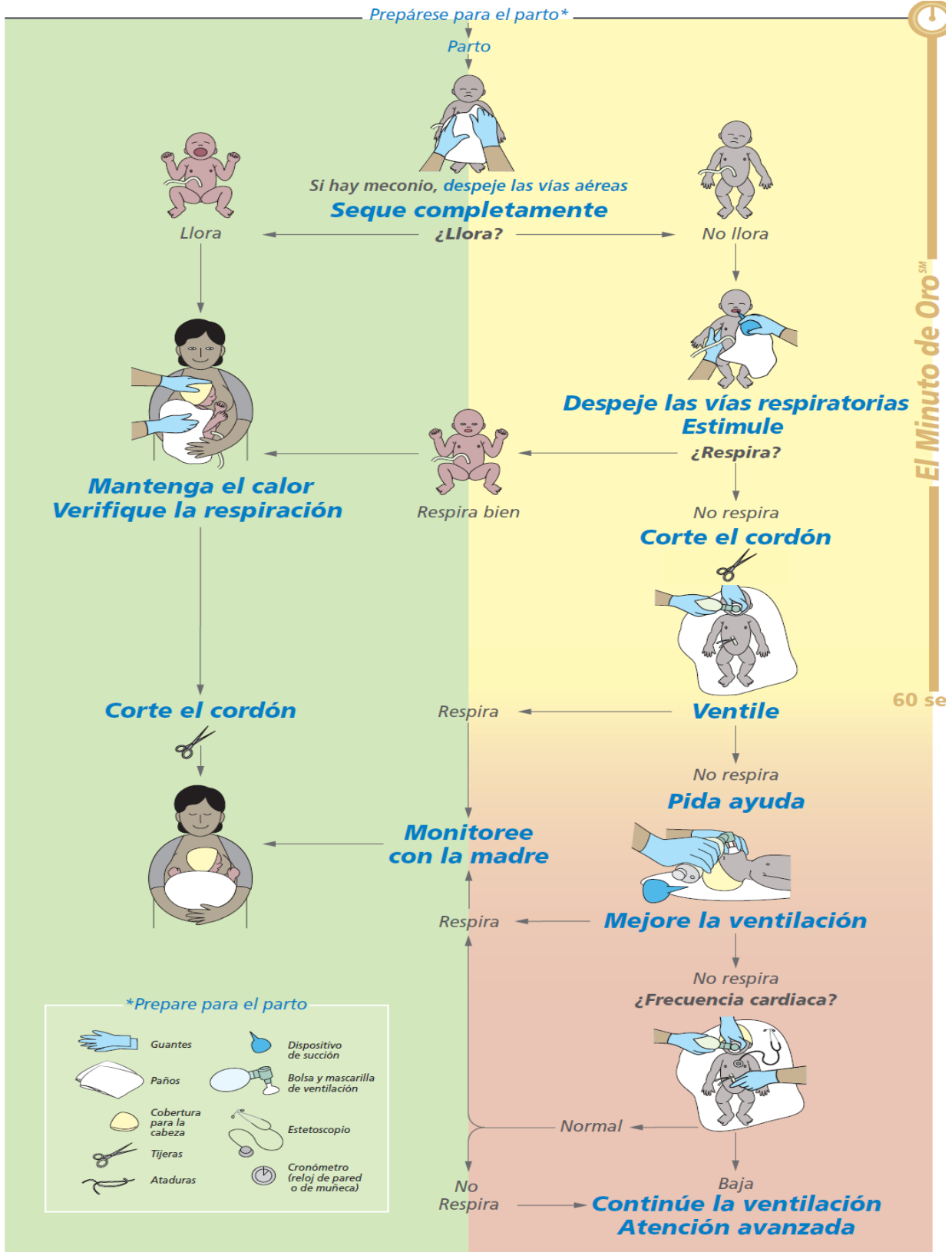
- Identifique un ayudante y revise el plan de parto.
- Prepare el área para el parto, asegúrese que sea un lugar limpio, sin corrientes de aire e iluminado.
- Lávese las manos con agua y jabón, junto con su ayudante.
- Guarde todas las medidas de bioseguridad posibles.
- Prepare un área para ventilación y verifique el equipo.
- El personal de salud debe atender al recién nacido en el momento del parto según flujograma anexo.

- Evalúe y registre APGAR. Al primer minuto y a los 5 minutos.
- Si no existe compromiso para la vida del recién nacido, realice el pinzamiento tardío del cordón umbilical (1 a 3 minutos después del nacimiento) y verifique la presencia de 2 arterias y 1 vena.
- Recuerde fomentar el apego precoz (piel a piel), así como la lactancia materna en la primera media hora de vida.
- Realice limpieza del cordón con alcohol al 70% comenzando en la base, evitando el contacto con la piel del abdomen del recién nacido.
- Coloque profilaxis ocular con ungüento de oxitetraciclina oftálmico al 1%.
- Vigile llanto, respiración y color, así como registrar aquellas medidas antropométricas posibles.
- Determine edad gestacional utilizando el método de Ballard.
- Cumpla Vitamina K 0.1 ml IM en la cara anterolateral del muslo.
- Proteja al bebe de que sufra de hipotermia.

Que valoramos con el test de APGAR			
SEÑAL	PUNTUACIONES		
	0 puntos	1 punto	2 puntos
A pariencia (color de la piel)	Todo azul	Extremidades azules	Todo rosado
P ulso (frecuencia cardiaca)	Ausente	Lento (inferior a 100 por minuto)	Rápido (mas de 100 por minuto)
G esticulación (respuesta a estímulos)	No responde	Muecas y llanto débil.	Llanto, estornudo y tos.
A ctividad (tono muscular)	Músculos flácidos y flojos	Cierto tono muscular, flexiona las extremidades.	Movimientos activos.
R espiración	No respira	Respiración lenta e irregular	Fuerte y regular. Llanto

Todo recién nacido de parto extra hospitalario debe ser referido junto con la madre para evaluación clínica de ambos al hospital más cercano, no olvidar que previo al traslado debe evaluar al recién nacido según lo descrito en este documento y llenar la referencia según lo normado en los Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta en las RIIS.

Atención del recién nacido en caso inminente de parto extrahospitalario.



Fuente: Estrategia Ayudando a respirar a los bebés, American Academy of Pediatrics, 2010.

Evaluar, clasificar y tratar al recién nacido menor de 28 días Verificar si hay signos generales de peligro

El neonato debe tener su seguimiento precozmente, es decir antes de los 8 días debe llegar al establecimiento de salud o ser visitado en su domicilio para inscripción de crecimiento y desarrollo y/o por morbilidad, debe ser atendido INMEDIATAMENTE y ser visto por el médico con mayor experiencia o el pediatra.

Si el niño o niña tiene antecedentes de prematuridad, se deben brindar las atenciones y seguimiento de acuerdo con Lineamientos para el recién nacido prematuro menor de 2,000 gramos hasta los cinco años de vida.

El personal de salud de los ECOS Familiares debe cumplir los siguientes pasos en la atención del niño o la niña:

- Preguntar a la madre o cuidador ¿Qué problemas tiene el niño o la niña?
- Elaborar historia clínica y examen físico completo.
- Determinar el grupo dispensarial al que corresponde y llenar la ficha de seguimiento a la dispensarización para programación de los controles y visitas de terreno.³
- Llenar el expediente clínico individual según la edad correspondiente y agregarlo en la ficha familiar.
- Determinar si es la primera consulta para este problema o si viene para una cita de reevaluación del caso.
- Explique a la madre o responsable el motivo de la referencia al hospital cuando se amerite.
- Mantener actualizado el libro de gestión infantil para la toma de decisiones en la programación de la UCSF y territorial.
- No olvidar programar cita para evaluación con el pediatra a los 14 días de vida, en el caso de que se trate de un recién nacido que estuvo ingresado debe ser visto por el que posee mayor experiencia y si cuenta con pediatra debe evaluarlo el mismo día, o agendar a la brevedad posible en la especializada o en los acercamientos comunitarios.

³ *Revisar los Lineamientos técnicos para los ECOS familiares y ECOS Especializados.*

Si es la primera consulta o reevaluación, siempre se debe examinar a la niña o niño de la siguiente manera:

PREGUNTAR	OBSERVAR
<p>A. Evaluar antecedentes prenatales de riesgos para infección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Recibió control prenatal? • Ruptura de membranas de 18 horas de evolución. • Fiebre materna (mayor de 38 °C). • Enfermedad infecciosa materna (Síndrome de TORCHS, Zika, VIH, Hepatitis B). • Infección de vías urinarias reciente (2 semanas previas al parto) y/o bucodentales. 	<p>Examinar al niño desnudo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiraje sub costal. • No puede amamantarse. • Aleteo nasal. • Apnea. • Quejido, estridor o sibilancias. • Cianosis. • Palidez. • Distensión abdominal. • Vómitos.
<p>B. Evaluar antecedentes perinatales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Dónde tuvo el parto? • ¿Quién atendió el parto? • ¿Cuánto tiempo duró el trabajo de parto? • ¿Fue contaminado el parto con heces maternas? • ¿Lloró y respiró al nacer? • ¿Hubo presencia de meconio? • ¿Presentación: ¿Podálica o cefálica? • ¿El embarazo es de término o pre término? • Investigar antecedentes vacunales de la madre (toxoides tetánico, influenza, rubeola, hepatitis B y sarampión). <p>C. Evaluar al recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Puede amamantarse? • ¿Ha tenido vómitos? • ¿Tiene dificultad para respirar? • ¿Ha tenido fiebre o hipotermia? • ¿Ha tenido convulsiones en esta enfermedad? <p>D. Evaluar riesgo social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “No luce bien”, “se ve mal”. • Abombamiento de la fontanela. • Letargia, inconsciencia. • Hipotonía, hipoactividad. • Movimientos anormales. • Irritabilidad. • Llanto inconsolable. • Equimosis, petequias. • Secreción purulenta de ombligo, ojos u oídos. • Pústulas o vesículas en la piel. • Ictericia. • Cefalohematomas. <p style="text-align: center;">DETERMINAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso. • Edad gestacional. • Frecuencia respiratoria. • Temperatura. • Si tiene placas blanquecinas en la boca. • Llenado capilar. • Perímetro cefálico. • Otros problemas como anomalías congénitas

*Síndrome de TORCHS: toxoplasmosis, otros (varicela, hepatitis B y C, VIH, Tb, Etc.), rubeola, citomegalovirus, herpes, sífilis.

Clasifique al recién nacido

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Uno o más de los siguientes signos de peligro:</p> <p>a. Aspecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico, inconsciente, hipotónico. • Hipoactivo. • Movimientos anormales o convulsiones. • Irritable, llanto inconsolable. • “Se ve mal”. • Se amamanta inadecuadamente o no puede hacerlo. • Abombamiento de fontanela. <p>b. Respiración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria menor de 40 por minuto o mayor de 60 por minuto. • Tiraje subcostal. • Aleteo nasal. • Apnea. • Quejido, estridor o sibilancias. • Cianosis central. <p>c. Circulación (piel)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura axilar menor de 36.5°C o mayor de 37.5°C. • Palidez. • Llenado capilar mayor de 3 segundos. • Manifestaciones de sangrado, equimosis o petequias. <p>d. Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso menor de 2000 gramos. • Edad gestacional menor de 34 semanas o menos. • Vomita todo. • Secreción purulenta del ombligo u ojos con eritema que se extiende a la piel. • Distensión abdominal. • Secreción abundante de ojos u oído. • Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas). • Ictericia de alto riesgo: menos de 24 horas de vida o zona 3 de Kramer. • Anomalías congénitas mayores que ponen en peligro inmediato la vida. 	<p>Enfermedad muy grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III. • Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1) • Acompañar al niño o niña al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según lineamientos de referencia, retorno e interconsulta. • Mantener eutérmico durante el trayecto al hospital. • Administrar O₂ humidificado por mascarilla o bigotera si hay cianosis, tirajes o quejido, de acuerdo con disponibilidad o la complejidad de la UCSF. • Considerar, de acuerdo con gravedad, acceso venoso permeable. • Si el neonato no puede alimentarse o está contraindicado la VO: administrar dextrosa al 10%, 80cc/ Kg/ día para evitar la hipoglucemia de acuerdo con la complejidad del UCSF y disponibilidad. • Se debe informar a Ecos Familiar sobre la referencia para su seguimiento post alta. • Si sucede en horario FOSALUD, debe informarse en la entrega de turno a personal MINSAL, para su respectivo seguimiento.
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (moniliasis). 	<p>Infección local</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasifique en grupo dispensarial III • Administrar tratamientos según infección encontrada, y enseñar a la madre a curar las infecciones locales en casa. (Ver página 34) • Explicar a la madre, padre o cuidador, los signos de peligro y cuando volver de inmediato a consultar a la UCSF. (Ver página 35) • Aconsejar a la madre para que siga dando lactancia materna exclusiva. • Cita en 2 días para infección localizada (Ver página 35) • Cita en 5 días para moniliasis oral (Ver página 35) • Si no hay mejoría referir a Interconsulta con pediatra.
<ul style="list-style-type: none"> • Ningún signo de alarma 	<p>Niña sana y niño sano</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasifique en grupo dispensarial II • Verificar inscripción al control infantil. • Recomendaciones al responsable sobre cuidados básicos. • Continuar con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. • Revisar esquema de vacunación • Verificar consulta odontológica • Cita programada para su control en 1 mes.

Evaluar por posible prematurez.

Solamente aplica a recién nacido de parto extrahospitalario y que consulta en las primeras cuarenta y ocho horas.

Observar, palpar y determinar posible prematurez utilizando test de Ballard (ver escala anexa)	
1) Madurez neuromuscular: <ul style="list-style-type: none"> • Postura • Ángulo de la muñeca • Rebote del brazo y ángulo poplíteo • Signo de bufanda • Talón oreja 	2) Madurez física <ul style="list-style-type: none"> • Piel y lanugo • Superficie plantar • Mamas • Ojos, orejas • Genitales

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
34 semanas o menos Entre 35-36 semanas con Signos de peligro (*)	Recién nacido(a) prematuro de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar grupo dispensarial III • Referir urgentemente al hospital de la red más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1) • Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta. • Considerar, de acuerdo con gravedad, acceso venoso permeable. • Mantener eutérmico durante el trayecto al hospital. • Si es necesario, administrar O2 humidificado por mascarilla o bigotera. • Administrar dextrosa al 10%, 80cc/ Kg/ día para evitar la hipoglucemia. • Posterior al alta dar seguimiento correspondiente por el Ecos Especializado y Ecos Familiar según Lineamientos técnicos para la atención integral en salud del prematuro con peso menor de dos mil gramos. • Si sucede en horario FOSALUD, debe informarse en la entrega de turno a personal MINSAL, para su respectivo seguimiento.
Entre 35-36 semanas sin Signos de peligro (*)	Recién nacido(a) prematuro sin riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial II • Dar cuidados básicos al recién nacido. • Inscripción en el control infantil. • Referir al hospital de la red más cercana en las mejores condiciones hemodinámicas posibles, y esperar a que sea recibido por personal médico según Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta. • Al alta: evaluar cada semana durante un mes lo siguiente: signos de peligro, ganancia de peso (20 a 30 gramos/día 3 meses post alta, y más de 10 gramos diarios desde los tres hasta los 12 meses, perímetro cefálico 0.5 cm cada semana, longitud), escala simplificada de desarrollo. • Consejería sobre lactancia materna exclusiva • Cumplir esquema de Inmunización (**) • Seguir recomendaciones para el RN prematuro hasta los cinco años según Lineamientos técnicos para la atención integral en salud del prematuro con peso menor de dos mil gramos al nacer. • Seguimiento correspondiente por el Ecos Especializado y Familiar según dispensarización.

(*) Los signos de peligro a considerar son los enunciados en la página 19.

(**) Los prematuros deben ser vacunados a los 2 meses de edad cronológica independientemente del peso y la prematurez, excepto con BCG, la cual debe ser aplicada hasta alcanzar 2500 gramos.

NOTA: se debe aplicar vitamina K, 1 miligramo IM (0.1 ml), en el muslo a todo recién nacido con parto extrahospitalario, nacido en la comunidad.

Evaluar riesgo por bajo peso.

PREGUNTAR	DETERMINAR
¿Es el recién nacido de bajo peso? (Menor de 2500 gramos)	<ul style="list-style-type: none"> • El peso 1 Kg. = 2.2 lbs. 1 Lb. = 454 gr. 1 Lb. = 16 onzas

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 2000 gramos o entre 2,000 – 2,499 gramos con algún signo de peligro (*). • Evaluar el estado nutricional de acuerdo con peso y edad gestacional. 	<p>Recién nacido(a) de bajo peso con riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III. • Referir urgentemente al hospital de la red más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1) • Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según <i>Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta</i>, y mantener eutérmico durante el trayecto al hospital. • Administrar O₂ humidificado por mascarilla o bigotera según estado clínico del paciente y/o disponibilidad. • Considerar de acuerdo a gravedad, acceso venoso permeable.
<ul style="list-style-type: none"> • Entre 2,000 – 2,499 gramos sin ningún signo de peligro (*). • Evaluar el estado nutricional de acuerdo con peso y edad gestacional. 	<p>Recién nacido de bajo peso sin riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial II evaluando cada semana durante el primer mes: signos de peligro, ganancia de peso de más de 15 a 20 gramos diarios y perímetro cefálico 0.5 cm cada semana. Ej. (Al nacer pesa 2000 grs. y a los 7 días pesa 2150 grs. $2150 - 2000 = 150 / 7 = 21$ grs./día). • Inscripción en el control infantil. • Recomendar sobre cuidados básicos al recién nacido. • Consejería sobre lactancia materna exclusiva y alimentación materna. • Cumplir esquema de inmunización. <p>Seguimiento: Al quinto día, personal del Ecos debe llegar a verificar: Cumplimiento de las recomendaciones de alimentación, brindadas a la madre y signos de alarma; y recordar su evaluación médica semanal a su establecimiento de salud. Si posterior a una semana de ser evaluado no hay ganancia de peso, referir a Pediatra de la UCSFE u hospital, y nutricionista donde exista recurso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si a pesar del seguimiento adecuado no hay ganancia de peso referir a hospital.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso mayor a los 2,500 gramos. • Evaluar el estado nutricional de acuerdo con peso y edad gestacional. 	<p>Niño y niña con adecuado peso al nacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial II • Recomendar sobre cuidados básicos de recién nacido. • Inscripción en el control infantil • Aplicar BCG. (**) • Aplicar una dosis de hepatitis B al recién nacido en las primeras 12 horas de vida. • Referencia a odontología.

(*) Los signos de peligro a considerar son los enunciados en la página 19

(**) No aplicar en niñas y niños positivos a VIH.

NOTA: se debe aplicar vitamina K, 1 miligramo IM (0.1 ml), en el muslo a todo recién nacido con parto extrahospitalario, nacido en la comunidad.

Test de Ballard: parámetros de madurez neuromuscular y físicos

MADUREZ NEURO MUSCULAR	-1	0	1	2	3	4	5	PUNTAJE
POSTURA								
ÁNGULO MUÑECA								
POSTURA DEL BRAZO								
ÁNGULO POPLÍTEO								
SIGNO BU-FANDA								
TALÓN OREJA								
							TOTAL	

Madurez física	-1	0	1	2	3	4	5	Puntaje	puntaje total	edad gest
Piel	Pegajosa Quebradiza Transparente	Gelatinosa Roja Traslúcida	Rosa pálido Venas visibles	Descamación superficial y/o eritema Pocas venas	Áreas pálidas y agrietadas Venas raras	Engrosamiento, agrietado, profundo, no hay venas	Dura, agrietada y arrugada			
Lanugo	Ausente	Escaso	Abundante	Fino	Áreas libres de lanugo	Casi no hay lanugo				
Superficie plantar	Talón dedo gordo 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	Mayor de 50mm No hay pliegues	Marcas rojas tenues	Sólo pliegues transversos anteriores	Pliegues en los 2/3 anteriores	Los pliegues cubren toda la planta				
Mamas	Imperceptibles	Apenas perceptible	Areola plana No hay glándula	Areola sobre elevada glándula de 1 a 2 mm	Areola sobre elevada, glándula de 3 a 4 mm	Areola completa, glándula de 5 a 10 mm				
Ojos/oreja	Párpados fusionados levemente: -1 Fuertemente: 2	Párpados abiertos, pabellón liso, permanece arrugado	Párpados abiertos, pabellón liso, permanece arrugado	Pabellón ligeramente incurvado, blando des- pliegue lento	Formado y firme, es pliegue instantáneo	Cartilago grueso				
Genitales masculinos	Escroto apla- nado, liso	Escroto vacío, con verrugas rugosidades	Testículos en la parte alta del conducto, pliegues muy escasos	Testículos en descenso, rugosidades escasas	Testículos descendidos, rugosidades abundantes	Testículos colgantes rugosidades profundas				
Genitales femeninos	Clitoris promi- nente, labios aplanados	Clitoris prominente, labios menores pequeños	Clitoris promi- nente, labios mayores de mayor tamaño	Labios mayo- res y menores igualmente prominentes	Labios mayo- res grandes, la- bios menores pequeños.	Los labios mayo- res cubren el clitoris y los labios menores				
							TOTAL			

Madurez neuromuscular _____ +
madurez física _____ =
total
puntaje final _____

La edad gestacional está determinada por el pun-
taje final, que resulta de
sumar el puntaje total de
la madurez neuromuscu-
lar más el puntaje total de
la madurez física.

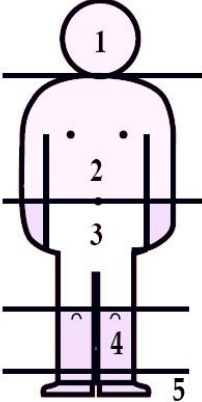
Fuente: Tricia Lacy Gomella, Management, procedures, On – Call Problems, Diseases, and Drugs, Neonatology, Seventh Edition, Pag. 21 – 22, 2013.

Recomendaciones para la atención del recién nacido prematuro (menor de 2,000 gramos o de bajo peso hasta los cinco años de vida).

1. El seguimiento de todo recién nacido prematuro será de acuerdo con el grupo dispensarial, según lo establecido en los lineamientos técnicos respectivos.
2. El personal de salud del Ecos Familiar o Ecos Especializado, debe:
 - a) Hacer examen físico completo, verificar ganancia de peso, talla, perímetro cefálico y desarrollo psicomotor de acuerdo con edad corregida.
 - b) Reforzar en la madre la identificación de los signos de peligro y cuando volver de inmediato (Entregar hoja recordatoria de cuidados básicos de recién nacido y signos de peligro).
 - c) Asegurar el cumplimiento del esquema de vacunación de acuerdo con edad cronológica, independiente del peso al momento de alcanzar la edad que corresponda, excepto BCG, la cual debe ser aplicada hasta alcanzar los 2,500 gramos.
 - d) Revisar cartilla para vacunación y control del prematuro, para informarse del plan particular de cada paciente y reforzarlo.
 - e) El médico del Ecos Familiar debe seguir las indicaciones dadas por el pediatra del Ecos Especializado o del hospital, en relación con medicamentos y alimentación, entre otros.
 - f) El inicio de la alimentación complementaria debe ser con edad corregida.
 - g) Enfatizar en la madre, lo importante de administrar los medicamentos indicados, asistir a las consultas con subespecialistas o diferentes disciplinas.

¿Tiene la niña o niño ictericia?

- Si la niña o niño no presenta ictericia, no entre a desarrollar esta página.
- Determinar si es la primera consulta por este problema

PREGUNTAR	EVALUAR																					
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Desde cuándo la niña o niño está amarillo? • ¿Está con lactancia materna exclusiva? • ¿Algún hermano mayor se puso amarillo al nacer? • ¿La madre ha tomado algún medicamento? (sulfas, antimaláricos) • ¿Qué tipo sanguíneo tiene la madre? 	<p>(Con el niño desnudo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extensión del tinte icterico. • Estado neurológico (hipertónico, hipotónico, hipoactivo, no succiona). • Características del llanto (agudo y monótono). • Presencia de cefalohematomas. 																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="816 558 1421 611">CLASIFICACION DE KRAMER</th> </tr> <tr> <th data-bbox="816 611 919 680">Zona</th> <th data-bbox="919 611 1230 680">Distribución corporal de Ictericia</th> <th data-bbox="1230 611 1421 680">Valor estimado de Bilirrubinas.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="816 680 919 741">Zona 1</td> <td data-bbox="919 680 1230 741">Cara y cuello</td> <td data-bbox="1230 680 1421 741">5-6 mg/dL</td> </tr> <tr> <td data-bbox="816 741 919 802">Zona 2</td> <td data-bbox="919 741 1230 802">Cara hasta tetillas</td> <td data-bbox="1230 741 1421 802">9-10 mg/dL</td> </tr> <tr> <td data-bbox="816 802 919 863">Zona 3</td> <td data-bbox="919 802 1230 863">Cara hasta ombligo</td> <td data-bbox="1230 802 1421 863">12 mg/dL</td> </tr> <tr> <td data-bbox="816 863 919 924">Zona 4</td> <td data-bbox="919 863 1230 924">Cara hasta tobillos</td> <td data-bbox="1230 863 1421 924">15 mg/dL</td> </tr> <tr> <td data-bbox="816 924 919 974">Zona 5</td> <td data-bbox="919 924 1230 974">Cara hasta zona palmo plantar</td> <td data-bbox="1230 924 1421 974">> 15 mg/dL</td> </tr> </tbody> </table>	CLASIFICACION DE KRAMER			Zona	Distribución corporal de Ictericia	Valor estimado de Bilirrubinas.	Zona 1	Cara y cuello	5-6 mg/dL	Zona 2	Cara hasta tetillas	9-10 mg/dL	Zona 3	Cara hasta ombligo	12 mg/dL	Zona 4	Cara hasta tobillos	15 mg/dL	Zona 5	Cara hasta zona palmo plantar	> 15 mg/dL
CLASIFICACION DE KRAMER																						
Zona	Distribución corporal de Ictericia	Valor estimado de Bilirrubinas.																				
Zona 1	Cara y cuello	5-6 mg/dL																				
Zona 2	Cara hasta tetillas	9-10 mg/dL																				
Zona 3	Cara hasta ombligo	12 mg/dL																				
Zona 4	Cara hasta tobillos	15 mg/dL																				
Zona 5	Cara hasta zona palmo plantar	> 15 mg/dL																				

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio en las primeras 24 horas de vida. • Madre Rh negativa. • Ingesta de la madre de algún medicamento que como efecto secundario provoque ictericia en el neonato. • Zona 3 ó más de la clasificación de Kramer. • Hipertonía, hipotonía o hipoactividad, no succiona. • Llanto agudo y monótono. • Cefalohematomas. • Madre grupo "O" y recién nacido con diferente grupo (A-B-AB). 	<p>Ictericia de alto riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo de dispensarización III • Referir urgentemente al hospital de la red más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1). • Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar que sea recibido por el médico según Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta. • Mantener eutérmico durante el trayecto al hospital. <p>Si la niña o niño se encuentra en estado crítico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar O2 por mascarilla ó bigotera. • Considerar, de acuerdo con gravedad acceso venoso permeable. • Administrar dextrosa al 10% 80cc/ Kg/ día para evitar la hipoglucemia.
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio después de 36 horas de vida • Zonas 1 ó 2 de la clasificación de Kramer • Ningún signo neurológico 	<p>Ictericia de bajo riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial II. • Continuar alimentación al seno materno. • Enseñar a la madre a reconocer signos de peligro y medidas preventivas • Recordar a la madre que debe mantener al recién nacido en una habitación bien iluminada durante el día • Recomendar baños de sol 2 veces al día (entre 8:00 - 9:30 a.m. y 4:30-5:30 p.m. por 5 a 10 minutos), la niña o niño debe estar desnudo cubriendo los ojos y genitales • Control en 2 días, evalúe, clasifique nuevamente y considere referencia al no haber mejoría. • Inscripción en el control infantil.

Evaluar salud bucal a la niña o niño menor de 28 días.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas con el agarre o la succión • Movimientos limitados de la lengua (elevación, lateralidad) 	Frenillo lingual corto	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a odontología
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de malformación de la cavidad oral 	Fisura labial y/o paladar hendido	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia al pediatra de la UCSFE o del hospital de la red.
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de diente al momento del nacimiento de la niña o el niño 	Diente natal	<ul style="list-style-type: none"> • Referir a odontología
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de diente que ha erupcionado en las primeras semanas de vida 	Diente neonatal	
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de nódulos indoloros de color blanco amarillento sobre los rebordes o en la línea media del paladar 	Quiste gingival neonatal (Perlas de Epstein)	
<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna alteración o signo de infección oral 	Niña o niño con boca sana	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la madre como limpiar la boca • Referir a odontología • Recomendar lactancia materna exclusiva

Orientar a la madre, padre o responsable como realizar limpieza o higiene bucal

Pasos para realizar limpieza de la boca:

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Enrolle en el dedo índice un paño limpio que sea suave o gasa estéril, humedecido solamente con agua previamente hervida y fría.
- Limpie suavemente la lengua, carrillos, paladar y rebordes alveolares (encías), por lo menos una vez al día, preferiblemente durante el baño diario.
- Trate de orientar a la madre, padre o cuidador con un lenguaje no técnico y pregunte si hay dudas de lo conversado.



Evaluar, clasificar y tratar los niños y niñas menores de 28 días expuestos al VIH y/o sífilis.

PREGUNTE	
<p>Madre no tuvo control prenatal o se desconoce dato.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha realizado la madre*, el niño o niña una prueba de VIH y/o serología para sífilis* de su segundo perfil prenatal? • ¿Cuáles fueron los resultados? 	<ul style="list-style-type: none"> • Si no se ha realizado y/o existe alta sospecha, tomar prueba rápida para VIH y serología para sífilis a la madre y/o al niño o niña según indicación médica, citar en 24 horas para el resultado de los exámenes.

Si la madre no se presenta a la inscripción y existe alta sospecha de infección **por la historia clínica de VIH y/o sífilis**, tomarle prueba al neonato.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Madre con prueba rápida para VIH positiva. • Lactante con prueba rápida para VIH positivos. 	<p>Niño o niña expuesto al VIH*.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital de segundo nivel que cuente con atención en VIH. • Se recomienda la suspensión de lactancia materna.
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serología para sífilis positiva. • RPR basal del recién nacido con títulos mayores cuatro veces que los de la madre. • RPR desconocida de la madre. • Sífilis materna mal tratada. 	<p>Niño o niña expuesto sífilis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir a hospital de segundo nivel a la emergencia para su ingreso.
<ul style="list-style-type: none"> • Prueba materna para VIH y/o serología para sífilis negativa. 	<p>No evidencia de infección por VIH y/o Sífilis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial II • Recomendar sobre cuidados básicos del recién nacido. • Inscripción en control infantil.

(*) Niño expuesto al VIH no colocar vacuna BCG.

Evaluar la alimentación de la niña y niño recién nacido menor de 28 días.

El personal de salud debe tener en cuenta que la evaluación de la alimentación en el primer mes de vida es de suma importancia como pronóstico de un adecuado o inadecuado estado de salud, por tal motivo desde la inscripción debe tener un espacio importante a evaluar durante la atención preventiva y curativa, incluyendo su consejería.⁴

PREGUNTAR	EVALUAR
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Amamanta al niño o niña? • ¿Cuántas veces en 24 horas? • ¿Recibe el niño o niña otros líquidos o alimentos? • ¿Cuáles y con qué frecuencia? • ¿Toma algún sucedáneo de leche materna? ¿Cuál? • ¿Cómo la prepara? • ¿Tiene diarrea? • ¿Tiene estreñimiento? • ¿Tiene vómitos? 	<ul style="list-style-type: none"> • El buen agarre y posición del niño o niña en el amamantamiento. (Ver página 30). • Molestias maternas en las mamas. • Frenillo lingual o anomalías bucales.
<p>Posición y agarre correctos para el amamantamiento</p>	
<p>Evalúe el amamantamiento</p> <p>Si el niño o la niña no se alimentó durante la última hora, pedir a la madre que le amamante. Observar la técnica.</p> <p>Si el niño o la niña se alimentó en la última hora, pida a la madre que espere y le avise cuando el niño o la niña quiera mamar otra vez.</p> <p>1. ¿Tiene la madre en posición correcta al niño o niña para el amamantamiento?</p> <p><u>Verificar posición correcta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La cabeza y el cuerpo del niño o niña erguidos. - En dirección a su pecho, con la nariz del niño o niña de frente al pezón. - Con el cuerpo del niño o niña cerca del cuerpo de la madre “panza con panza”. - Sostenido todo el cuerpo del niño o niña y no solamente el cuello y los hombros. <p>2. ¿Logró el niño o niña agarrarse bien del pecho?</p> <p><u>Verificar el agarre correcto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Toca el mentón del bebe con el pecho de la madre. - Tiene la boca bien abierta. - Tiene el labio inferior volteado hacia fuera. - Se ve más areola arriba de la boca que debajo de la misma. <p>3. ¿El niño o niña mama bien? Es decir, succiona en forma lenta y profunda con pausas ocasionales, o no mama bien, o no mama.</p> <p>4. Determinar si tiene úlceras o placas blancas en la boca (moniliasis).</p> <p>5. Verificar que el niño o niña no tenga la nariz obstruida, porque eso dificulta la succión.</p>	

⁴ Se debe de promocionar el cumplimiento de la Ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Clasifique la alimentación del neonato

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Uno de los siguientes signos, pero ningún signo de peligro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El niño o niña no recibe lactancia materna. • No tiene buena posición • No tiene buen agarre • No tiene buena succión. • Es amamantado entre ocho y doce veces en veinticuatro horas. • Recibe otros alimentos o líquidos. • Recibe sucedáneos de la leche materna. 	<p>Problema de alimentación</p>	<p>Si la niña o niño es amamantado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clasificar al niño o niña en grupo dispensarial II • Aconsejar a la madre que le amamante las veces que el niño o niña quiera, al menos doce veces en veinticuatro horas, alternando ambos pechos hasta que se vacíen, iniciando con el mismo pecho con el que finalizó. • Si el niño o niña tiene agarre deficiente o mala posición para amamantar, enseñar a la madre la posición y el agarre adecuado. • Si recibe fórmula adaptada para la edad suspenderlo progresivamente. • Dar consejería sobre lactancia materna exclusiva y relactación. <p>Si el niño o niña no es amamantado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clasificar al niño o niña en grupo dispensarial II • Seguimiento en los siguientes cinco días por el equipo de salud correspondiente, siempre dejando registro si está cumpliendo con las recomendaciones, así como la toma de medidas antropométricas. • Dar consejería sobre la lactancia materna exclusiva y relactación. • Si recibe fórmula adaptada sin tener indicación médica suspenderla de forma progresiva, si son atoles u otros tipos de harinas suspenderlos inmediatamente. • Si la madre presenta molestias en las mamas identificarlas, tratarlas y oriente de acuerdo a lo identificado. • Si posterior al quinto día no hay cumplimiento de indicaciones, y se evidencia desmejora en la niña o niño se debe referir al establecimiento para ser evaluado por médico de mayor experiencia o pediatra. • Pregunte si tiene alguna duda de lo conversado.
<ul style="list-style-type: none"> • Ningún signo de peligro, ni problemas de alimentación. • Es amamantado de forma exclusiva. 	<p>Ningún problema de alimentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar al niño o niña en grupo dispensarial II • Inscribir al control infantil. • Recomendaciones a la madre sobre cuidados básicos del recién nacido y signos de peligro. • Recomendar lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. • Oriente sobre cumplimiento de esquema de vacunación y controles de crecimiento y desarrollo. • Orientar a la madre sobre su alimentación, involucrando a su pareja o cuidador, además de incentivar a continuar ingesta de hierro y ácido fólico. • Promover la donación de leche materna en los Centros recolectores de leche humana y los Bancos de leche humana. • Realizar tamizaje neonatal si no se lo tomaron en el hospital. • Pregunte si tiene alguna duda de lo conversado.

Soluciones para lograr una lactancia materna exclusiva

El personal de salud debe apoyar a las madres y padres en solucionar problemas sobre lactancia materna exclusiva para niños y niñas hasta los seis meses.

Problemas	Posibles orientaciones
La madre manifiesta que le “baja poca leche”	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la confianza en la madre de su capacidad de producir suficiente leche, explicándole que mientras más succione el niño más cantidad de leche produce, además de motivarla a que se relaje y tenga pensamientos positivos al momento de amamantar, y que retome otras recomendaciones brindadas por el personal de salud. • Verificar que la madre esté sentada cómodamente, con la espalda recta. • Colocar al lactante en la posición correcta y observar el buen agarre. • Amamantar de día y de noche, todas las veces que el niño o niña quiera, por lo menos doce veces en veinticuatro horas. • Cada vez que el niño o niña reciba lactancia materna, procurar que sea amamantado hasta que el pecho se vacíe y luego ponérselo al otro. En la siguiente mamada, debe comenzar con el mismo pecho que finalizó la vez anterior. • No dar a la niña o niño otro líquido o comida, ni siquiera agua, porque disminuye la producción de leche. • Además, debe tomar abundantes líquidos, antes, durante y después de amamantar, recordar que debe de consumir de diez a quince vasos de agua al día. • Oriente que si el problema persiste visite la UCSF lo más pronto posible y no se automedique.
La madre presenta pechos congestionados	<ul style="list-style-type: none"> • Dar masajes alrededor del pecho por lo menos tres veces al día y antes de dar de mamar. • Extraer manualmente una cantidad de leche antes de amamantar o al sentir el pecho congestionado. • Amamantar con mayor frecuencia. • En cada mamada dar de los dos pechos. • Colocar lienzos de agua tibia sobre el pecho antes de amamantar y lienzos de agua fría al finalizar. • En la próxima mamada, iniciar con el pecho no congestionado. • Oriente que si el problema persiste visite la UCSF lo más pronto posible y no se automedique.
La madre presenta pezones agrietados	<ul style="list-style-type: none"> • Exponer los pechos al aire libre y al sol, durante diez minutos cada día. • Corregir la posición y el agarre para dar el pecho. • Evaluar si no hay presencia de frenillo corto. • Si hay dolor, y es muy fuerte, extraer la leche manualmente y dársela al niño o niña con una cuchara pequeña, alternando en el transcurso del día con las mamadas. • Después de amamantar, ponerse unas gotas de la misma leche en las grietas y dejarlas secar. • Oriente que si el problema persiste visite la UCSF lo más pronto posible y no se automedique.
La madre presenta mastitis (inflamación del pecho, dolor, escalofríos.)	<ul style="list-style-type: none"> • Dar masajes alrededor del pecho por lo menos tres veces al día y antes de dar de mamar. • Colocar paños de agua tibia antes de dar el pecho. • Extraer manualmente un poco de leche después de ponerse a la niña o niño al pecho. • Si ambos pechos presentan mastitis oriente sobre la extracción manual de la leche. • Comenzar el amamantamiento por el pecho sano. • Busque la posición correcta en que se sienta más cómoda para amamantar. • Amamantar más frecuentemente.

	<ul style="list-style-type: none"> • El médico debe evaluar el uso de antibióticos, analgésicos y otros procedimientos. • Oriente que si el problema persiste visite la UCSF lo más pronto posible.
Si la niña o niño no está ganando peso adecuadamente	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que el niño o la niña no tenga alguna enfermedad. • Indagar el número de veces que la niña o niño es amamantado • Orientar a la madre que la leche materna es el mejor alimento, pero que es importante el número de veces y el tiempo que da de mamar. • Dar de mamar de día y de noche, todas las veces que el niño o niña quiera. Al menos doce veces en veinticuatro horas. • No dar ningún otro líquido o comida, ni siquiera agua, porque el niño o niña no lo necesita. • Al momento de la consulta o la visita domiciliar solicitar a la madre que coloque al lactante en la posición correcta y observe el buen agarre. • Cada vez que da pecho, el niño debe de mamar hasta que se vacíe el pecho y luego ponérselo al otro, en la siguiente mamada debe de comenzar con el mismo pecho con que finalizó la vez anterior.
La niña o niño tiene cólicos	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la madre como hacer para que el lactante expulse gases correctamente, después de amamantarlo. • Orientar a la madre que debe evitar comer alimentos condimentados, chile picante, café, chocolate, bebidas gaseosas, refrescos artificiales, coliflor, repollo y rábano.
Si la niña o niño está con fórmula y ya no recibe lactancia materna.	<ul style="list-style-type: none"> • Si es menor de dos meses, referir al personal de salud capacitado en consejería en lactancia materna, para la orientación sobre la relactación. • Si no se logra el punto anterior, referir al médico para evaluar alimentación de manera individual. • Demuestre a la madre como alimentar al niño o niña usando taza y cuchara. • Oriente a la madre sobre la introducción adecuada de alimentos en cantidad, frecuencia y consistencia, después de los seis meses.

Técnica del buen agarre.



Posición correcta del bebé al pecho.	Signos de buen agarre
La cabeza y el cuerpo de la niña o niño erguidos.	Toca el mentón del bebe con el pecho de la madre.
En dirección a su pecho, con la nariz del niño o niña de frente al pezón.	Tiene la boca bien abierta.
Con el cuerpo del niño o niña cerca del cuerpo de la madre "panza con panza".	Tiene el labio inferior volteado hacia fuera.
Sostenido todo el cuerpo del niño o niña y no solamente el cuello y los hombros.	Se ve más areola arriba de la boca que debajo de la misma.

Al reevaluar a la niña o niño menor de 28 días de vida buscar signos de infección localizada o moniliasis.

El personal de salud debe verificar primero si el niño o la niña tienen signos de peligro.

Para infecciones localizadas.

Después de 2 días:

1. Verificar si el niño o la niña ha mejorado.
2. Verificar si la madre está cumpliendo el tratamiento indicado.
3. Dar recomendaciones sobre cuidados básicos del niño o la niña.
4. Examinar el ombligo:
 - ¿Está enrojecido o presenta secreción purulenta?
 - ¿El enrojecimiento se extiende a la piel?
 - Verificar que NO coloque fajero.
5. Examinar las pústulas de la piel: ¿Son abundantes o extensas?
6. Examinar los ojos: ¿Presentan secreción?
7. Tratamiento:
 - Si la secreción purulenta o el enrojecimiento han empeorado, referir al hospital.
 - Si la secreción purulenta o el enrojecimiento han mejorado, orientar a la madre que continúe aplicando en casa los antibióticos tópicos hasta completar los 7 días de tratamiento.
 - Establecer un control de seguimiento al finalizar el tratamiento.
 - Recordar la no automedicación

Moniliasis oral

Después de cinco días:

- Verificar si hay úlceras o placas blancas en la boca (moniliasis oral).
- Reevaluar la alimentación del niño o la niña. (Ver página 28)
- Si la moniliasis ha empeorado, o si el niño o la niña tiene problemas con el agarre o la succión, se debe referir al hospital.
- Si la moniliasis está igual o ha mejorado y si el niño o la niña está alimentándose bien, debe continuar administrando nistatina hasta completar los 7 días de tratamiento.
- Establecer un control de seguimiento al finalizar el tratamiento.

Se debe evaluar la alimentación y reforzar la consejería sobre lactancia materna.

Aconsejar a la madre, padre o cuidador como tratar las infecciones localizadas en la niña o niño

El personal de salud debe explicar los siguientes pasos referentes al tratamiento de las infecciones localizadas:

- 1) Explique en qué consiste la morbilidad diagnosticada.
- 2) Explícale cómo se administra el tratamiento.
- 3) Verificar que la madre, padre o cuidador comprendió las indicaciones.
- 4) Indicar a la madre, padre o cuidador cuando debe volver al servicio de salud si la infección empeora.
- 5) Recordar la no automedicación.

Para tratar pústulas de la piel la madre debe:

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Lavar suavemente las pústulas con agua (previamente hervida y fría) y jabón para retirar la secreción purulenta y las costras del área afectada.
- Secar la zona.
- Aplicar antibiótico tópico (neobacina – bacitracina) tres veces al día durante 7 días.
- Lavarse las manos con agua y jabón al finalizar.

Para tratar la secreción de ojos, la madre debe:

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Limpiar los ojos con un paño limpio suave, humedecido con agua previamente hervida y fría para retirar la secreción.
- Aplicar cloranfenicol en colirio, una gota en cada ojo cada dos horas durante 5 días.
- No usar ningún otro ungüento o gotas oftálmicas, ni ninguna otra sustancia en los ojos.
- Lavarse las manos con agua y jabón al finalizar.

Para tratar el enrojecimiento o supuración del ombligo la madre debe:

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Lavar suavemente el área afectada con agua previamente hervida y fría y jabón para retirar las costras cada día.
- Secar la zona.
- Aplicar alcohol de 70 grados en la base del ombligo tres veces por día.
- Aplicar antibiótico tópico (neobacina – bacitracina) tres veces al día por 7 días.
- No usar fajero para cubrir el ombligo.
- Lavarse las manos con agua y jabón al finalizar.

**Cuando debe volver de inmediato o para una cita de seguimiento en la UCSF
Básica, Intermedia o Especializada en el menor de dos meses.**

El personal de salud debe recomendar a la madre, padre o cuidador que vuelva de inmediato si la niña o niño empeora o presenta cualquiera de los siguientes signos:

- No succiona o no toma el pecho.
- Fiebre o hipotermia.
- Respiración rápida.
- Dificultad para respirar.
- Cualquier signo de deshidratación.
- Sangre en las heces.
- Heces líquidas y abundantes.

Si la niña o niño tiene	Volver para una consulta de control en:
Diarrea con deshidratación grave o diarrea con deshidratación o enfermedad muy grave.	De acuerdo con instrucciones el día del alta.
Infección local.	2 días
Moniliasis oral.	5 días
Cualquier problema de alimentación.	Un máximo de 30 días.

En el próximo control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño:

- Indicar a la madre, padre o cuidador cuándo debe volver o ser visitado en su domicilio, según riesgo, para las próximas vacunas según el esquema nacional de vacunación.
- Aconsejar a la madre, padre o cuidador cuándo volver o ser visitado en su domicilio, según riesgo para el próximo control de crecimiento y desarrollo según lo establecido en los Lineamientos técnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados.

EVALUAR, CLASIFICAR Y
TRATAR A LA NIÑA O
NIÑO DE 29 DIAS AL
MENOR DE 5 AÑOS

Verificar si hay signos generales de peligro en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años

Es importante recordar que la vulnerabilidad de sufrir enfermedades en este período se extiende hasta los 2 a 3 meses de edad, dicho periodo es también conocido como período gris, en este el médico puede tener dificultades para distinguir infecciones bacterianas graves y las virales auto limitadas, es por eso importante seguir evaluando este período por sus características propias.

Evaluar signos de peligro de 29 días a menor de 2 meses

Si el niño o niña tiene antecedentes de prematurez, se deben cumplir las recomendaciones para el recién nacido prematuro (menor de 2,000 gramos o de bajo peso hasta los cinco años de vida) para su atención.

El personal de salud de los Ecos Familiares debe cumplir los siguientes pasos en la atención del niño o niña:

- Elaborar historia clínica y examen físico completo.
- Preguntar a la madre, padre o cuidador ¿Qué problemas tiene el niño o la niña?
- Determinar el grupo dispensarial al que corresponde y llenar la ficha de seguimiento a la dispensarización para programación de los controles y visitas de terreno.
- Llenar el expediente clínico individual según la edad correspondiente y agregarlo en la ficha familiar.
- Determinar si es la primera consulta para este problema o si viene para una cita de reevaluación del caso.
- Explique a la madre, padre o cuidador el motivo de la referencia al hospital cuando se amerite.
- Mantener actualizado el libro de gestión infantil para la toma de decisiones en la programación de la UCSF y territorial.

Si es la primera consulta o reevaluación, recuerde siempre examinar a la niña o niño de la siguiente manera:

Preguntar, observar y determinar	
<p>a. Aspecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico inconsciente, hipotónico. • Hipoactivo. • Movimientos anormales o convulsiones. • Irritable, llanto inconsolable. • “Se ve mal”. • No puede amamantarse. • Abombamiento de fontanela. <p>b. Respiración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria disminuida o aumentada de acuerdo con la edad. (revisar tabla de valores normales). • Tiraje subcostal grave. • Aleteo nasal. • Apnea. • Quejido, estridor o sibilancias. <p>c. Circulación (piel)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cianosis central. • Temperatura axilar menor de 36.5°C o mayor de 37.5°C 	<p>d. Palidez</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llenado capilar más de dos segundos de duración. • Manifestaciones de sangrado, equimosis o petequias. <p>e. Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso menor de 2000 gramos. • Edad gestacional menor de 34 semanas. • Vomita todo. • Secreción purulenta del ombligo con eritema que se extiende a la piel. • Distensión abdominal. • Secreción purulenta abundante de ojos u oído. • Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas). • Ictericia de alto riesgo. • Anomalías congénitas* mayores que ponen en peligro inmediato la vida. • Evaluar riesgo social.

Anomalías congénitas	
Que ponen en peligro la vida:	Que no ponen en peligro la vida:
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome congénito del virus Zika. • Defectos del tubo neural • Afecciones obstructivas de vía aérea. • Cardiopatías cianóticas congénitas. • Problemas obstructivos del tubo digestivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apéndices o mamelones auriculares. • Labio y paladar hendido. • Criptorquidia uni o bilateral, hernias inguinales, epi e hipospadia, hidrocele. • Hemangiomas en cara, cuello, genitales y extremidades. • Malformaciones de miembros superiores e inferiores. • Fimosis, sinequias vulvares, himen imperforado.

Clasifique si existen signos de peligro en la niña o niño de 29 días a menores de 2 meses

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Uno o más de los siguientes signos de peligro:</p> <p>a. Aspecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico, inconsciente, hipotónico. • Hipoactivo. • Movimientos anormales o convulsiones. • Irritable, llanto inconsolable. • "Se ve mal". • Se amamanta inadecuadamente o no puede hacerlo. • Abombamiento de fontanela. <p>b. Respiración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria menor de 40 por minuto o mayor de 60 por minuto. • Tiraje subcostal. • Aleteo nasal. • Apnea. • Quejido, estridor o sibilancias. • Cianosis central. <p>c. Circulación (piel)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura axilar menor de 36.5°C o mayor de 37.5°C • Palidez. • Llenado capilar mayor de 3 segundos. • Manifestaciones de sangrado, equimosis o petequias. <p>d. Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso menor de 2000 gramos. • Edad gestacional menor de 34 semanas o menos. • Vomita todo. • Secreción purulenta del ombligo u ojos con eritema que se extiende a la piel • Distensión abdominal. • Secreción abundante de ojos u oído. • Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas). • Ictericia de alto riesgo: menos de 24 horas de vida o zona 3 de Kramer. • Anomalías congénitas mayores que ponen en peligro inmediato la vida. 	<p>Enfermedad muy grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III. • Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1) • Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según lineamientos de referencia, retorno e interconsulta. • Mantener eutérmico durante el trayecto al hospital. • Administrar O₂ por mascarilla o bigotera si hay cianosis, tirajes o quejido, de acuerdo con disponibilidad o la complejidad de la UCSF. • Considerar, de acuerdo con gravedad, acceso venoso permeable. • Si el Neonato no puede alimentarse o está contraindicado la VO: administrar dextrosa al 10%, 80cc/ Kg/ día para evitar la hipoglucemia de acuerdo a la complejidad del UCSF y disponibilidad. • Se debe informar a equipo comunitario sobre la referencia para su seguimiento post alta.

<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (moniliasis). 	<p>Infección local</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasifique en grupo dispensarial III • Administrar tratamientos según infección encontrada, y enseñar a la madre, padre o cuidador a curar las infecciones locales en casa. (Ver página 33) • Explicar a la madre, padre o cuidador, los signos de peligro, y cuando volver de inmediato a consultar a la UCSF. (Ver página 33) • Aconsejar a la madre para que siga dando lactancia materna exclusiva. • Cita en 2 días para infección localizada (Ver página 33) • Cita en 5 días para moniliasis oral (Ver página 34) • Si no hay mejoría Interconsulta con Pediatra
<ul style="list-style-type: none"> • Ningún signo de alarma 	<p>Niña sana y niño sano</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasifique en grupo dispensarial II • Verificar inscripción al control infantil. • Recomendaciones al responsable sobre cuidados básicos. • Continuar con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. • Revisar esquema de vacunación • Verificar consulta odontológica

Evaluar signos de peligro de 2 meses a menor de 5 años.

El personal de salud de los Ecos Familiares debe cumplir los siguientes pasos en la atención del niño o niña:

- Elaborar historia clínica y examen físico completo.
- Preguntar a la madre, padre o cuidador ¿Qué problemas tiene el niño o la niña?
- Determinar el grupo dispensarial al que corresponde y llenar la ficha de seguimiento a la dispensarización para programación de los controles y visitas de terreno.
- Llenar el expediente clínico individual según la edad correspondiente y agregarlo en la ficha familiar.
- Determinar si es la primera consulta para este problema o si viene para una cita de reevaluación del caso.
- Explique a la madre, padre o cuidador el motivo de la referencia al hospital cuando se amerite.
- Mantener actualizado el libro de gestión infantil para la toma de decisiones en la programación de la UCSF y territorial.

Si es la primera consulta o reevaluación, recuerde siempre examinar a la niña o niño de la siguiente manera:

PREGUNTAR	OBSERVAR
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Puede beber o amamantarse? • ¿Vomita todo lo que ingiere? • ¿Ha tenido convulsiones? 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica si esta letárgico o inconsciente

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Uno de los siguientes signos de peligro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No puede beber o amamantarse • Vomita todo • Convulsiones • Letárgico o inconsciente. 	<p style="text-align: center;">Enfermedad muy grave.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III. • Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1). • Acompañar la niña o niño al hospital, y esperar a que sea recibido por el médico según lineamientos de referencia y retorno • Considerar acceso venoso de acuerdo a gravedad.

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

<p>Si la respuesta es afirmativa, preguntar ¿Desde cuándo?</p> <p>¿Tiene Sibilancias?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Es el primer episodio? • ¿Es recurrente? • ¿Tiene ruidos respiratorios? • ¿Tiene cuadro gripal previo? • ¿Ha presentado apneas? • ¿Fue prematuro? 	<p>OBSERVAR, ESCUCHAR</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Contar las respiraciones durante un minuto. • Verificar si hay tiraje subcostal. • Determinar si hay estridor en reposo. • Determinar si hay sibilancias.

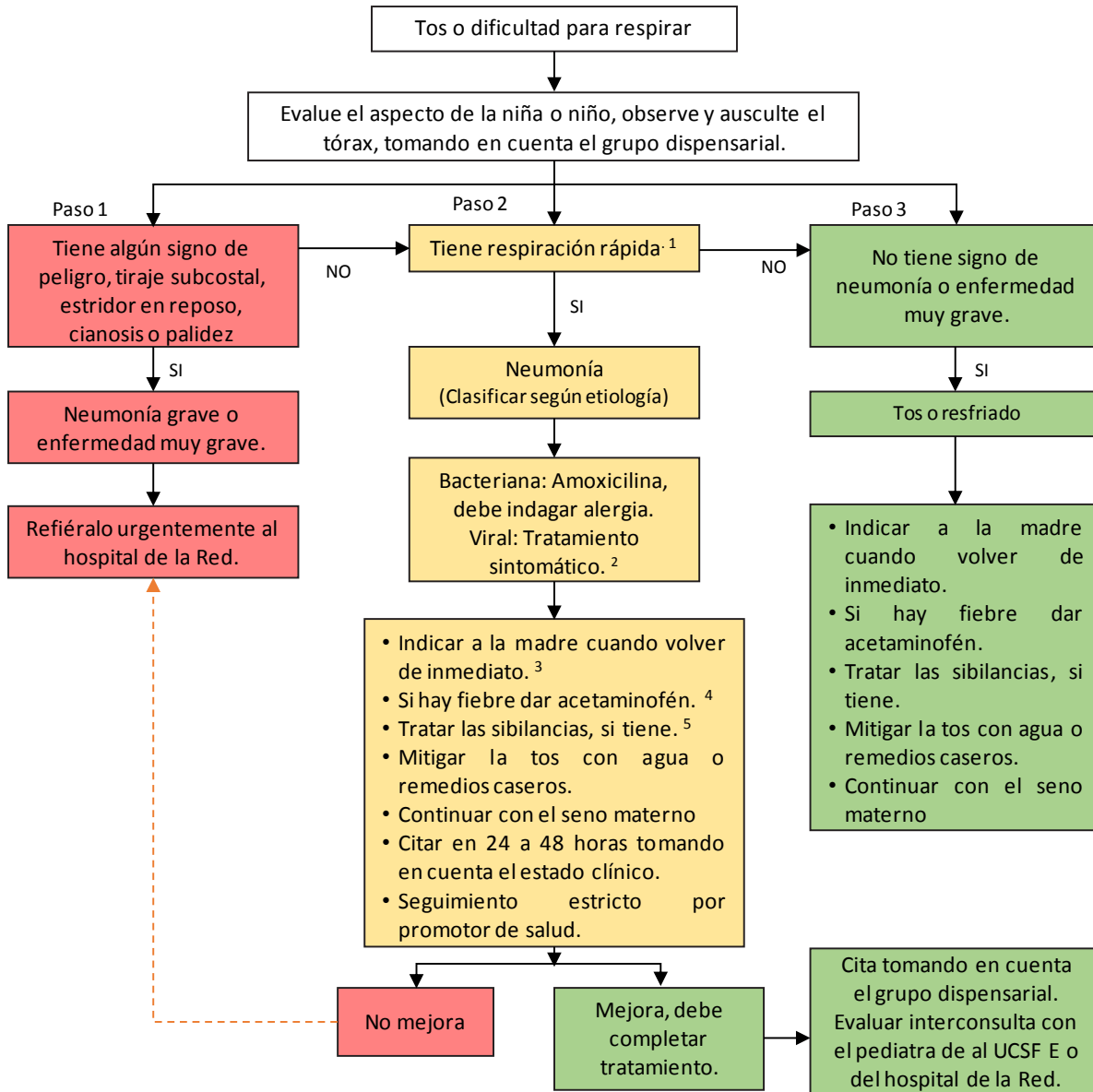
EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Primer episodio de sibilancias en la niña o niño menor de dos años, con cuadro gripal dos a tres días antes, y uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiraje subcostal • Respiración rápida • Presencia de cianosis. • Edad menor de dos meses. • Edad menor de seis meses y antecedente de prematuridad. • Apneas. 	<p>Bronquiolitis grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III. • Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles (Ver anexo 1). • Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según <i>Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta</i>. • Administrar oxígeno a 1 litro por minuto para menores de un año, y de 1 a 2 litros de un año a menores de 5 años. • Considerar de acuerdo con gravedad, acceso venoso permeable. • Informar al personal de la UCSF al que pertenece para que se le brinde seguimiento post alto.
<p>Primer episodio de sibilancias en la niña o niño menor de dos años con cuadro gripal dos a tres días antes y:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tiene tiraje subcostal. • No tiene respiración rápida. • Mayor de dos meses de edad • Sin antecedente de prematuridad. • Sin apneas 	<p>Bronquiolitis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III • Aseo nasal con suero fisiológico cada tres a cuatro horas. • Aumentar ingesta de leche materna para menores de 6 meses y otros líquidos para mayores de 6 meses. • Orientar a la madre, padre o cuidador sobre los cuidados de la niña o niño en casa. • Explicar a la madre, padre o cuidador, los signos de peligro, y cuando volver de inmediato a consultar a la UCSF. • Consulta de seguimiento en 24 horas.
<p>Sibilancias primer episodio y no cumple criterios para clasificarse como bronquiolitis</p>	<p>Sibilancia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remitirse a la página 45 para el manejo de sibilancias.
<ul style="list-style-type: none"> • Estridor agudo 	<p>CRUP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar la severidad del CRUP y tratar de acuerdo con la severidad de la obstrucción. (Ver página 48)

Si la niña o niño no aplica en una de las clasificaciones anteriores, clasifique la tos o dificultad para respirar según el siguiente cuadro:

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida. • Tiraje subcostal. • Estridor en reposo. • Cianosis y/o palidez. 	<p>Neumonía grave.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III. • Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver Anexo 1) • Acompañar a la niña o niño al hospital, y esperar a que sea recibido por el médico según <i>Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta</i>. • Considerar, de acuerdo a gravedad, acceso venoso permeable. • Suministrar oxígeno a 1 litro/minuto para menores de 12 meses y de 1 – 2 litros/minutos para mayores de 12 meses. • Posterior al alta dar seguimiento correspondiente por el Ecos Familiar / Ecos Especializado correspondiente. • Seguimiento estricto por promotor de salud.
<p>Respiración Rápida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 – 11 meses: 50 respiraciones o más por minuto. • 1 – 4 años: 40 respiraciones o más por minuto. 	<p>Neumonía</p>	<p>Determinar el tipo de neumonía según la etiología (Ver página 40)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III. • Si es bacteriana indicar un antibiótico durante 10 días (ver página 42) • Tratar las sibilancias*, si tiene (Ver página 43). • Orientar a la madre, padre o cuidador cuándo debe volver de inmediato (ver página 95), entregar hoja recordatoria: ¿Qué hacer si su niña o niño tiene tos o dificultad para respirar? • Cita en 24-48 horas tomando en cuenta el estado clínico. • Seguimiento estricto por promotor de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Ningún signo de neumonía o de enfermedad muy grave 	<p>Resfriado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mitigar la tos con un remedio casero inocuo a partir de los 6 meses de edad (Ver página 42) • Indicar a la madre, padre o cuidador cuándo debe volver de inmediato. • Explicar los signos de peligro según la edad de la niña o niño. • Incentivar a la madre, padre o cuidador que continúe con lactancia materna. • Entregar hoja recordatoria de signos de peligro.

SIEMPRE se debe hacer búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en los miembros de la familia de la niña o niño.

Flujograma de atención para niñas y niños menores de 5 años con tos o dificultad respiratoria (neumonía)



1. Toda niña o niño menor de dos meses con respiración rápida se debe referir al Hospital de la RIIS.
2. Amoxicilina 250 mg/5 ml a 80 – 90 mg/kg/día cada 8 horas por 10 días.
3. Entregar hoja recordatoria de signos de peligro.
4. Dar medidas antitérmicas y acetaminofén según peso de la niña o el niño.
5. Ver flujograma de atención de sibilancias.

Valores de respiración rápida.

- Menor de dos meses: 60 o más por minuto
- De dos meses a un año: 50 más por minuto
- De uno a cinco años: 40 más por minuto

Características clínicas de la neumonía según etiología probable

Características	Viral	Bacteriana
Edad	Más frecuente hasta un año	Más frecuente de uno a menores de 5 años.
Fiebre	Usualmente menor de 38.5 °C	Usualmente mayor de 38.5 °C
Observación del tórax	Frecuentemente presencia de tiraje intercostal y respiración rápida	Frecuente presencia de tiraje subcostal y respiración rápida.
Sibilancias	Son muy frecuentes	Poco frecuentes
Estertores	Poco frecuentes	Muy frecuentes
Leucograma	Variable a predominio Linfocitosis.	Leucocitosis con neutrofilia

Dar antibiótico oral para la neumonía u otitis media aguda.

Medicamento*	Presentación	Dosificación	Duración de tratamiento
Amoxicilina	Frasco con polvo para reconstruir (250 mg / 5ml)	80 - 90 mg / Kg / día cada 8 horas	<ul style="list-style-type: none"> • 10 días para neumonía. • 10 días para otitis media aguda.
Claritromicina**	Frasco con polvo para reconstruir (250 mg / 5ml)	15 mg / Kg / día cada 12 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Por 7 días a 10 días.
Trimetoprim** sulfametoxazol	40 mg Trimetoprim+ 200 mg sulfametoxazol por 5 ml	10 mg / Kg / día cada 12 horas (en base al Trimetoprim).	<ul style="list-style-type: none"> • 10 días para neumonía. • 10 días para otitis media aguda.

* De acuerdo a disponibilidad

** Alternativos para niños alérgicos a las penicilinas

El personal de cualquier establecimiento de salud del primer nivel de atención, debe:

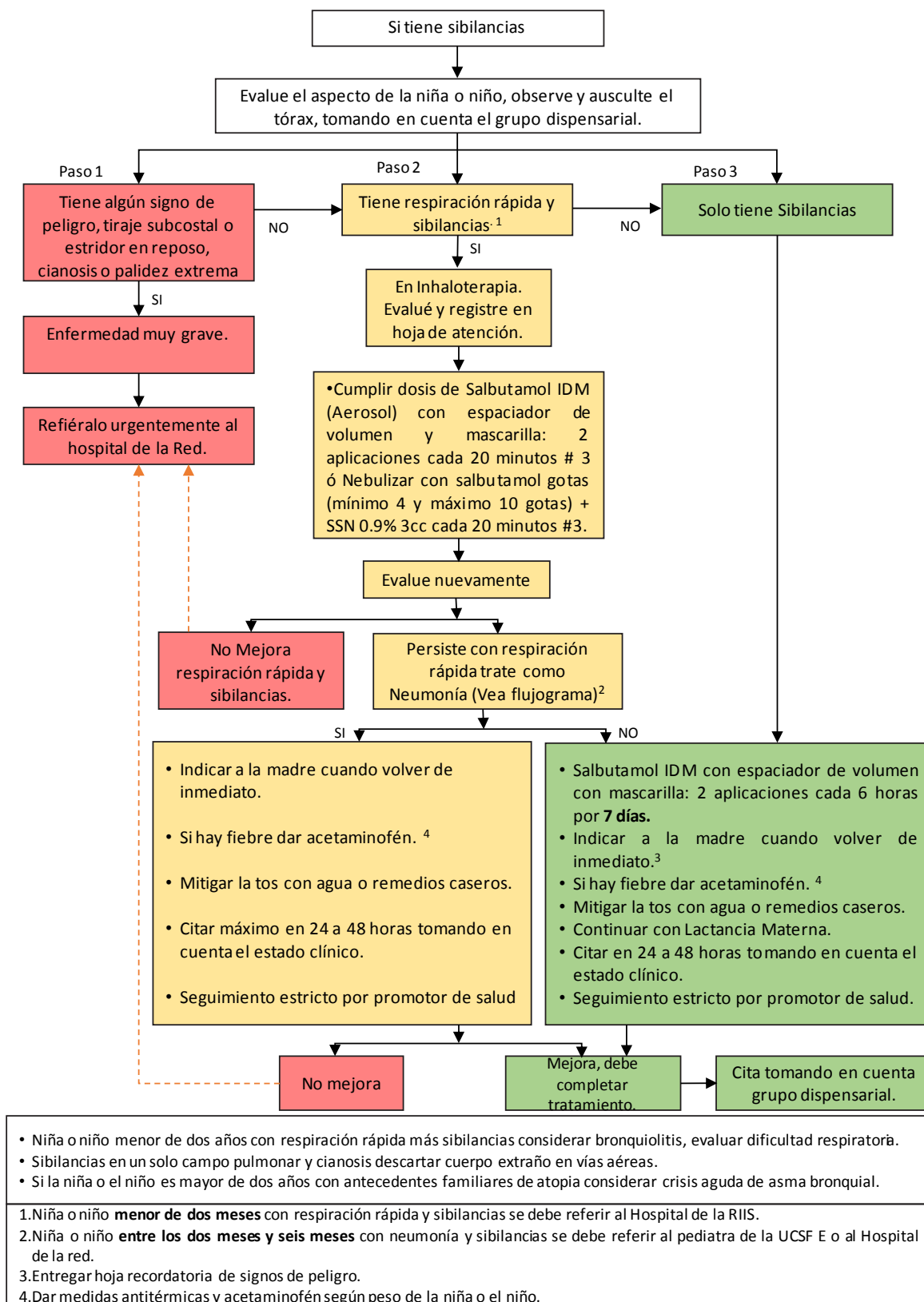
- Dar la primera dosis de medicamento.
- Enseñar a la madre, padre o cuidador como preparar y administrar el medicamento.
- Entregar a la madre, padre o cuidador el medicamento preparado (suspensión) con su copita dosificadora.
- Tomar en cuenta el número de frasco que dará de acuerdo con el volumen del frasco y días de tratamiento.
- Donde exista encargado de farmacia él será el responsable.

Para aliviar el dolor de garganta y mitigar la tos con un remedio casero inocuo.

Remedios inocuos que se pueden utilizar:

- Agua con manzanilla (para niños y niñas mayores de 6 meses)
- Agua miel, agua con eucalipto, agua con manzanilla (para niños y niñas mayores de 1 año)
- **No se deben utilizar** antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos ni mucolíticos para el tratamiento de la tos en niños menores de 5 años.

Flujograma de atención para niñas y niños menores de 5 años con sibilancias



Tratamiento en casa con broncodilatador:

Insumos necesarios

- Salbutamol inhalador de dosis medida (IDM), spray y espaciador de volumen pediátrico.

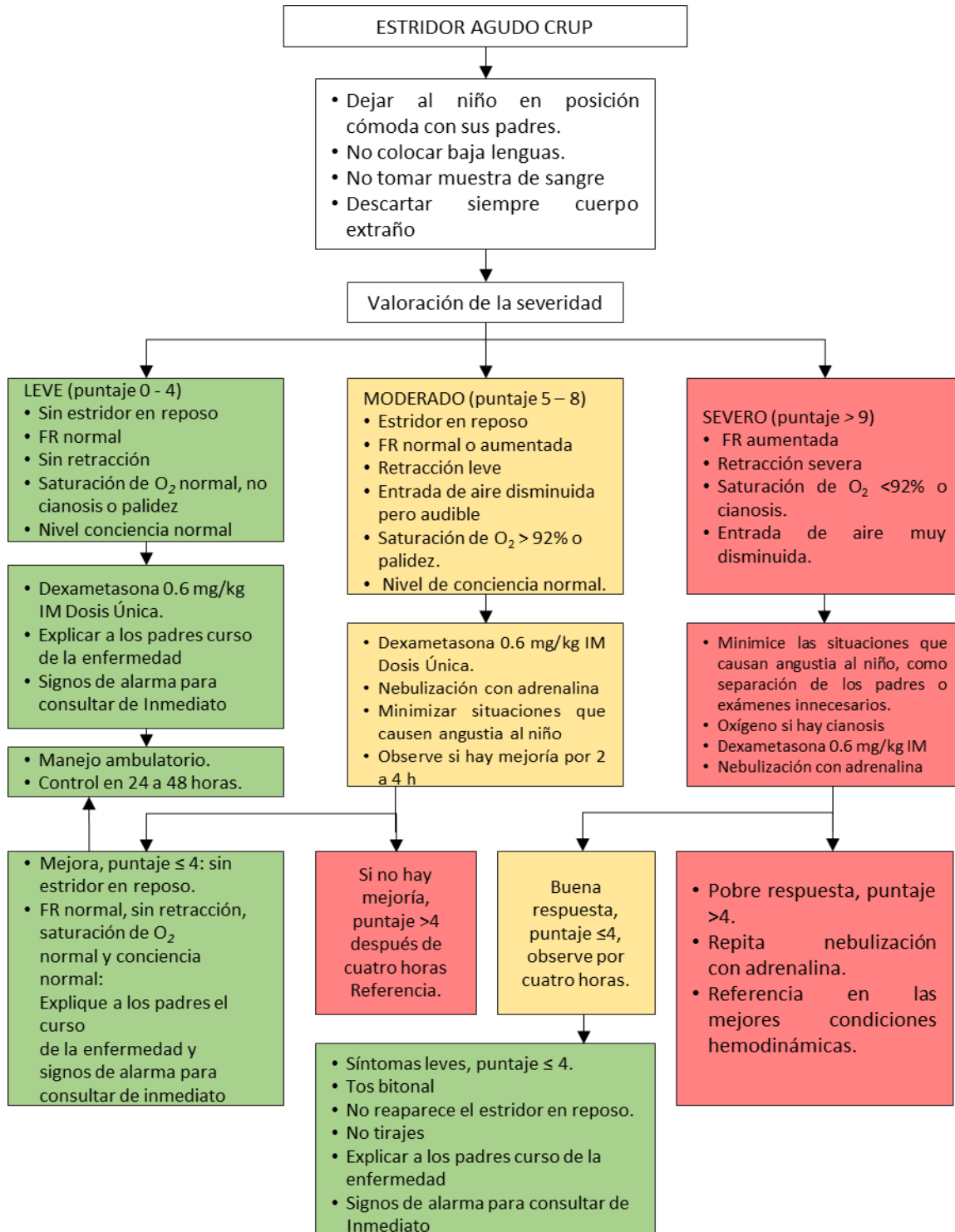


Explique el procedimiento a la madre, padre o cuidador:

1. Lavado de manos con agua y jabón.
2. Limpiar la cara de la niña o niño.
3. Verifique que el espaciador este limpio y en buenas condiciones.
4. Verifique la fecha de expiración del inhalador, y si este cuenta con medicamento para cumplir las dosis indicadas, caliéntelo en sus manos por 15 a 20 segundos.
5. Agítelo por unos 5 segundos.
6. Adapte la mascarilla correcta al espaciador de volumen según edad, a continuación, adapte el inhalador en la boquilla y asegúrese que no exista fuga por dicha abertura.
7. Presione la mascarilla suavemente y firmemente sobre la boca y nariz de la niña o niño, evitando que exista posibilidad de escape de medicamento.
8. Aplique el medicamento y deje que respire por unos 20 segundos sin retirar la mascarilla del rostro de la niña o niño.
9. Retire la mascarilla y el espaciador de volumen de la cara de la niña o niño, y repita el procedimiento para la segunda dosis a partir del paso 5.
10. Verifique y asegúrese que la madre, padre o cuidador ha comprendido, indicándole que ella haga el procedimiento a partir de la segunda dosis.
11. Evalúe dentro de los siguientes 20 minutos si la niña o niño continua con la respiración rápida, cuantificándola en un minuto (revisar tabla de valores normales, ver anexo 12).
12. Si al ser evaluado continúa con valores fuera de los rangos normales, debe prepararse para referirlo en las mejores condiciones.
13. Explicarle y enseñarle a la madre, padre o cuidador, cuando es respiración rápida según la edad.



Flujograma de atención para niñas y niños menores de 5 años con CRUP.



Se ha comprobado similar efectividad entre L - adrenalina 1:1000 y racémica, con dosis de 3 a 4 ml de adrenalina sin diluir con flujo a presión u oxígeno, usar según disponibilidad. (Nivel de evidencia B). Si su establecimiento no cuenta con horario de atención 24 horas, debe referir todo paciente que amerite observación a su hospital de su red más cercano.

Evaluación y tratamiento del CRUP *

Síntomas		Score	Puntuación acumulada total
Estridor	No	0	2
	Cuando esta agitado	1	
	En reposo	2	
Retracción (Tiraje)	No	0	5
	Leve	1	
	Moderada	2	
	Severa	3	
Entrada de aire	Normal	0	7
	Disminuida	1	
	Marcadamente disminuida	2	
Cianosis respirando aire ambiente	No	0	12
	Con agitación	4	
	En reposo	5	
Nivel de conciencia	Normal	0	17
	Desorientado	5	

Tomado: de cuadro de procedimientos, Estrategia AIEPI Colombia, página 79, agosto 2012.

Dosis intramuscular de dexametasona

PESO	0.6 mg/kg/dosis única
4 – 6 Kg	3 mg
7 – 9 Kg	5 mg
10 – 12 Kg	7 mg
13 – 15 Kg	8 mg
16 – 18 Kg	10 mg
19 – 21 Kg	12 mg

Cita para reevaluar a la niña o niño con neumonía y sibilancias tomando encuentra la clasificación del riesgo familiar y el grupo dispensarial.

Si la niña o el niño presentan un problema nuevo, se debe evaluar, clasificar y tratar según el cuadro

EVALUAR Y CLASIFICAR.

Neumonía Después de 24 a 48 horas: <ul style="list-style-type: none">• Examinar al niño o niña para determinar si presenta signos generales de peligro.• Evaluar al niño o niña para determinar si tiene tos o dificultad para respirar.
Preguntar <ul style="list-style-type: none">• ¿El niño o niña respira más lentamente?• ¿Disminuyó la fiebre?• ¿El niño o niña está comiendo mejor?
Tratamiento: <ul style="list-style-type: none">• Si hay tiraje subcostal o algún signo general de peligro, se debe referir URGENTEMENTE a la UCSFE o al hospital de la red.• Si el niño o niña está tomando un antibiótico y continúa con frecuencia respiratoria rápida y fiebre, se debe continuar con el tratamiento y referir con el pediatra de la UCSFE u hospital de la red.• Si la respiración ya no es rápida, si le disminuyó la fiebre o si come mejor, debe finalizar el tratamiento.

Sibilancias Después de 24 a 48 horas: <ul style="list-style-type: none">• Examinar al niño o niña para determinar si presenta signos generales de peligro.• Evaluar al niño o niña para determinar si tiene sibilancias.
Tratamiento: Si hay tiraje subcostal o algún signo general de peligro, se debe referir URGENTEMENTE a la UCSFE u hospital de la red. <ul style="list-style-type: none">• Si la frecuencia respiratoria, la fiebre y la alimentación siguen iguales, continuar con el broncodilatador inhalado y referir al pediatra de la UCSFE u hospital de la red.• Si la respiración ya no es rápida, si le bajó la fiebre o si come mejor, continuar tratamiento por 7 días y evaluar el cumplimiento de ciclo de esteroide según peso (0.5-1 mg/kg/día- dosis max: 60 mg/día.• Al finalizar el tratamiento debe ser evaluado por el médico de mayor experticia de la UCSF.

¿Tiene la niña o niño diarrea?

La diarrea es la evacuación de heces excepcionalmente sueltas o líquidas, generalmente en un número mayor de tres en 24 horas. Sin embargo, la disminución de la consistencia es incluso más importante que la frecuencia. No se considera diarrea a la evacuación frecuente de heces formes. Los niños alimentados sólo con leche materna a menudo presentan heces sueltas o “pastosas” y tampoco en este caso se considera diarrea. La madre, padre o cuidador saben generalmente cuando sus hijos tienen diarrea y pueden proporcionar definiciones prácticas muy útiles en situaciones concretas.

Si la respuesta es afirmativa, preguntar.

- Características, número y frecuencia.
- ¿Desde cuándo?
- ¿Hay sangre en las heces?
- ¿Ha tenido vómitos en las últimas 24 horas?

Observar, determinar y palpar.

- Determinar el estado general de la niña o niño: letárgico o inconsciente, inquieto o irritable.
- Frecuencia cardíaca y llenado capilar.
- Determinar si tiene los ojos hundidos.
- Ofrecer líquidos a la niña o niño: ¿bebe mal o no puede beber? ¿bebe ávidamente con sed?
- Determinar el signo del pliegue cutáneo en el abdomen, de forma perpendicular a la línea media clavicular. ¿la piel vuelve al estado anterior muy lentamente? (más de dos segundos.) ¿lentamente? (menos de dos segundos).

Evaluar el riesgo social.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p>Niña o niño menor de 2 meses con diarrea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con signos de alarma • Con deshidratación (Se amamanta inadecuadamente o no puede hacerlo, letárgico o irritable, diuresis escasa, sequedad de piel y mucosas, ojos muy hundidos, fontanela anterior deprimida) o sin deshidratación. • Persistente (14 días o más de duración) • Sangre en las heces. • Problemas cardíacos. 	<p>Niño o niña menor de 2 meses de edad con diarrea.</p> <p>Disentería (Sangre en Heces)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar grupo dispensarial III. • Referir al hospital de la red más cercano en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1) <p>Con deshidratación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalizar vena e iniciar rehidratación parenteral con cargas de solución salina normal o Hartman a 20ml/kg en 5-20 minutos, pudiéndose repetir hasta 3 ocasiones. • Si responde a las cargas se debe trasladar con una vena permeable calculando líquidos de mantenimiento por Holliday Segar. <p>Con deshidratación o sin deshidratación tolerando vía oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar administrar lactancia materna de forma asistida y/o sales de rehidratación oral (con gotero) a 20 ml/Kg/hora mientras el traslado es efectivo. • Acompañar al niño o niña al hospital y esperar que sea recibido por el médico según <i>Lineamientos técnicos de Referencia, retorno e interconsulta.</i>

<p>Niña o niño mayor de 2 meses con dos o más de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico o inconsciente. • Se amamanta inadecuadamente o no puede hacerlo • Ojos hundidos. • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve al estado anterior muy lentamente. (Más de dos segundos). • Fontanela anterior deprimida • Ausencia de diuresis mayor de 6 horas. • Enfermedad cardíaca. 	<p>Diarrea con deshidratación grave.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir al hospital de la red más cercano en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1) • Canalizar vena e iniciar rehidratación parenteral con cargas de solución salina normal o Hartman a 20ml/kg en 5-20 minutos, pudiéndose repetir hasta 3 ocasiones, previa evaluación. • Si responde a las cargas se debe trasladar con una vena permeable calculando líquidos de mantenimiento por Holliday Segar. • Acompañar al niño o niña al hospital y esperar que sea recibido por el médico según <i>Lineamientos técnicos de Referencia, retorno e interconsulta.</i>
<p>Niña o Niño mayor de 2 meses con dos o más de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquieto o irritable. • Ojos hundidos • Bebe ávidamente, con sed. • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior. (Menos de 2 segundos) 	<p>Diarrea con deshidratación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III. • Aplicar plan B de tratamiento para la diarrea (rehidratación oral en la URO del establecimiento de salud). • Dar zinc en niños o niñas menores de 6 meses 10mg/día o 5 ml, y en mayores de 6 meses 20 mg o 10 ml por 14 días vía oral (administrar la primera dosis en la URO). • Entregar a la madre, padre o cuidador una hoja recordatoria, ¿Qué hacer si su niño o niña tiene diarrea? • Cita en 24 horas • Evaluar riesgo social.
<p>No hay signos de deshidratación.</p>	<p>Diarrea sin deshidratación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo ambulatorio con plan A de tratamiento para la diarrea para prevenir la deshidratación. • Dar zinc en niños o niñas menores de 6 meses 10mg/día o 5 ml, y en mayores 6 meses 20 mg o 10 ml por 14 días vía oral. • Entregar a la madre, padre o cuidador una hoja recordatoria, ¿Qué hacer si su niño o niña tiene diarrea? • Cita en 24 horas. • Orientar a la madre, padre o cuidador cuándo volver de inmediato. • Evaluar riesgo social.

Todo menor de 2 meses con diarrea debe ser referido al hospital de la red más cercano.

No olvidar que el rotavirus produce vómito y diarrea que deshidratan rápidamente y pueden llevar a la muerte
Todo paciente con diarrea sin deshidratación, pero con historia de vómitos debe observarse en la URO, para evaluar tolerancia a la vía oral, además evaluar riesgo social.

Si la niña o niño tiene diarrea más de 14 días.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> Presenta signos de deshidratación. 	Diarrea persistente grave	<ul style="list-style-type: none"> Clasificar en grupo dispensarial III. Referir urgentemente al hospital de la red más cercano, estable, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1) Canalizar vena e iniciar rehidratación parenteral con cargas de solución salina normal o Hartman a 20ml/kg en 5 a 20 minutos, pudiéndose repetir hasta 3 ocasiones, previa evaluación. Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según <i>Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta</i>. Visita de seguimiento por promotor en 24 horas.
<ul style="list-style-type: none"> No presenta signos de deshidratación. 	Diarrea persistente	<ul style="list-style-type: none"> Toma de exámenes: hemograma, EGH. Interconsulta con pediatra de UCSFE u hospital de la red. Indagar sobre alimentación previa al inicio del cuadro diarreico. Entregar sales de rehidratación oral si se evidencia signos de deshidratación Dar recomendaciones a la madre sobre la alimentación de un niño o niña con diarrea. Administrar zinc 10 ml cada día por 14 días, y Vitamina A 100,000 UI independientemente del esquema cumplido anteriormente. Visita de seguimiento por promotor en 24 horas. Cita para reevaluación en 5 días. (Ver Página 56)

Si el niño o la niña tiene sangre en las heces

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Sangre en las heces en las últimas 72 horas	Disentería	<ul style="list-style-type: none"> Continuar dando lactancia materna. Indicar examen general de heces + Prueba de azul de metileno (Si tiene laboratorio), dar tratamiento según hallazgos. Si no tiene laboratorio iniciar tratamiento con trimetoprim – sulfametoxazol o metronidazol (Ver página 52). Hacer cita de re evaluación en 24 horas (Ver página 56)

Todo niño o niña menor de dos meses con DIARREA debe ser referido a hospital de referencia de la red.

Nota:

- Garantizar que la primera dosis de los medicamentos se administre en el establecimiento de salud.
- Se debe calcular el número de frascos que se le entregará al cuidador para cumplir con el tratamiento completo.
- Más del 85% de las diarreas son de origen viral, por lo que el uso de antibióticos está restringido para algunas diarreas de origen bacteriano.
- Para el ampliar sobre el tratamiento específico de parasitismo se debe consultar el apartado en las Guías clínicas de pediatría.
- A continuación se presentan en forma de esquema y el plan A y el plan B para tratar la diarrea.

TRATAMIENTO PARA LA DIARREA

PLAN "A" "A"

TODO NIÑO(A) MENOR DE 2 MESES CON DIARREA DEBERÁ REFERIRSE URGENTEMENTE AL HOSPITAL O INGRESARLO

Tratar la diarrea en casa para prevenir la deshidratación

Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en la casa:

1 DARLE MAS LÍQUIDOS DESPUÉS DE CADA EVACUACIÓN (todo lo que el niño(a) acepte)



- **DAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES A LA MADRE:**
 - * Darle el pecho con más frecuencia y durante más tiempo cada vez.
 - * Darle uno o varios de los siguientes líquidos: solución de SRO, líquidos caseros sin azúcar (como agua de arroz, agua de coco, refrescos naturales) o agua segura.
 - * **NO** dar bebidas gaseosas, ni líquidos azucarados, ni bebidas hidratantes para deportistas.
 - * Lavarse las manos y frotarlas con agua y jabón: Antes de preparar los alimentos, antes de alimentar al niño(a), después de usar la letrina, después de cambiar el pañal.
- **ENSEÑAR A LA MADRE A PREPARAR Y A DAR SRO. (ENTREGARLE DOS SOBRES DE SRO PARA USAR EN CASA Y DESECHAR EL SUERO ORAL QUE NO UTILIZO EN 24 HRS.).**
- **EXPLICAR A LA MADRE LA CANTIDAD DE LÍQUIDOS QUE DEBE DARLE AL NIÑO(A) EN CASA:**
 - * Como preparar el SRO (diluuyendo un sobre en un litro de agua segura, recordándole como medir un litro).
 - * Si el niño(a) no acepta el suero, no debe preocuparse y ofrecer los otros líquidos recomendados, de la siguiente manera:
 - Menor de 1 año: 50 a 100 ml (1/2 taza) después de cada evacuación.
 - Mayor de 1 año: 100 a 200 ml (1 taza) después de cada evacuación.
 - * Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquido con una taza y cucharita.
 - * Si el niño(a) vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente. Si el niño presenta dos o más vómitos en una hora, consultar URGENTEMENTE al establecimiento de salud.
 - * Continuar dando más líquidos mientras tenga diarrea.

2 NO SUSPENDER EL SEÑO MATERNO Y CONTINUAR ALIMENTÁNDOLO SEGUN SU EDAD

- * Dar alimentos suaves que al niño(a) le gusten. **NO** golosinas.
- * Recomiende a la madre de agregar un tiempo más de comida durante dos semanas después de haberse recuperado de la enfermedad.
- * Dar purés, no dar sopas.



3 NO AUTOMEDICAR DAR CONSEJERÍA A LA MADRE:

- * **NO** automedicar (no dar antidiarreicos ni antieméticos) y otros líquidos que no sean recomendados por el personal de salud.
- * **NO** usar Antibióticos sin prescripción médica.
- * **NO** llevarlos a los curanderos o sobadores.



4 CUÁNDO REGRESAR INMEDIATAMENTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

- **Cuando presente los siguientes signos de peligro de la deshidratación:**
 - Mama mal o no puede mamar.**
 - Letárgico o inconsciente.**
 - Ojos hundidos, signo de pliegue.**
 - Vomita todo.**
 - Aumentan las evacuaciones.**

EVALUAR EL RIESGO SOCIAL NOTIFICAR Y REFERIR AL PROMOTOR DE SALUD

- 1 Cita en 24 horas
- 2 Hacer énfasis a la madre de la importancia de llevar la referencia al promotor de salud para darle seguimiento al caso de su niño(a).
- 3 Dar tratamiento de ZINC según la edad.
- 4 Entregar a la madre la hoja recordatoria de COSIN sobre los signos de peligro de la diarrea.
- 5 Recordarle a la madre que la diarrea puede durar entre 5 a 7 días.

TRATAMIENTO PARA LA DIARREA CON DESHIDRATACIÓN

PLAN "B"

TODA NIÑA - NIÑO MENOR DE 2 MESES CON DIARREA DEBE REFERIRSE URGENTEMENTE AL ECOS ESPECIALIZADO O AL HOSPITAL DE LA RED

Tratar la deshidratación en las Unidades de Rehidratación Oral (URO) de los establecimientos de salud

Administrar durante cuatro horas en el establecimiento de salud, la cantidad recomendada de SRO, evaluándolo cada hora y posteriormente dos horas más con Plan "A" para asegurar que se encuentre hidratado y pueda ser enviado a su casa.

1

PESARLO Y DETERMINAR LA CANTIDAD APROXIMADA DE SRO QUE DEBERÁ ADMINISTRARSE DURANTE CUATRO HORAS

- La cantidad aproximada de SRO necesaria en ml para administrar en 4 horas, se calcula multiplicando el peso de la niña-niño en Kg. por 75 ml y se divide entre 4.
- Hacer la demostración de la preparación y administración del SRO a la madre o cuidador, dando con frecuencia pequeños sorbos de SRO con una taza y cuchara.
- Verifique que ingiera la cantidad administrada de SRO por hora.

2

EVALUAR LOS SIGNOS VITALES Y LOS SIGNOS DE LA DESHIDRATACIÓN DE ACUERDO AL ESTADO CLÍNICO CADA HORA

- Utilice la Hoja de Evaluación del tratamiento de la deshidratación por diarrea (Plan B)
- Evalúe cada hora el estado de hidratación tomando signos vitales y evaluando los signos de la deshidratación.
- Si presenta dos signos de deshidratación grave, REFERIR URGENTEMENTE al Ecos Especializado u hospital de la Red.
- Si vomita, espera 20 minutos y después continuar; pero más lentamente
- Si continua vomitando referirlo inmediatamente al Ecos Especializado u Hospital de la Red.
- Si es posible canalizar vena e hidratar antes de referir; 20 cc /kg cada 20 minutos en No. de 3.
- Si cuenta con laboratorio tomar Examen General de Heces (EGH). Prueba de Azul de Metileno (PAM), Hemograma Completo y General de Orina en la primera hora y decidir el tratamiento según resultado.



3

REEVALUAR CUATRO HORAS DESPUÉS:

- Reevaluar y clasificar la deshidratación, según signos vitales y los signos de la deshidratación.

Si continua deshidratado, canalizar acceso venoso y referirlo inmediatamente al Ecos Especializado u Hospital de la Red; no olvidar evaluar el riesgo social.

4

Si está hidratado continuar la hidratación oral con Plan A por dos horas más en el establecimiento y evaluar el riesgo social.



5

SI POSTERIOR A LAS SEIS HORAS SE ENCUENTRA HIDRATADO:

- Alta y control en 24 horas en el establecimiento.
- Enseñarle como preparar la solución de SRO en casa.
- Demostrarle la cantidad de SRO que debe administrar para terminar el tratamiento en casa.
- Entregarle 2 sobres de SRO.
- Dar todas las recomendaciones del Plan A de Tratamiento de la Diarrea y verificar que la madre las ha comprendido.



NO UTILIZAR ANTIEMÉTICOS NI ANTIDIARRÉICOS

Dar antibiótico oral para disentería y sospecha de cólera.

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración de tratamiento
Trimetoprim sulfametoxazol	40 mg trimetoprim / 200 mg de sulfametoxazol en 5 ml	10 mg/kg/día cada 12 horas en base a trimetoprim.	Durante 5 días para Disentería o diarrea bacteriana. Durante 3 días para cólera.
Metronidazol	250 mg / 5 ml	30 a 50 mg/kg/día cada 8 horas	Durante 10 días por sospecha de amebiasis.

* En caso de disentería si se cuenta con laboratorio hacer un examen general de heces + prueba de azul de metileno.

Medidas preventivas

- Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses
- Mejores prácticas de alimentación: iniciar complementaria después de los seis meses, selección de alimentos nutritivos y uso de prácticas higiénicas cuando se preparan.
- **Abastecimiento de agua:** el riesgo de diarrea se reduce si se utiliza agua limpia y protegida de contaminación
- **Lavado de manos con agua y jabón:**
 - Todos los microorganismos que causan diarrea se propagan por las manos contaminadas con materia fecal.
 - Toda la familia debe lavarse las manos con agua y jabón:
 - Después de defecar.
 - Después de limpiar a un niño o niña que ha defecado.
 - Después de eliminar las heces del niño o niña.
 - Antes de manipular los alimentos
 - Antes de comer.
- **Inocuidad de los alimentos:**
 - No comer alimentos crudos de origen animal.
 - Lavar bien frutas, verduras y hortalizas enteras antes de comerlas.
 - Cocer los alimentos hasta que el calor llegue al interior.
 - Comer los alimentos cuando aún estén calientes o recalentarlos bien antes de comer.
 - Lavar y secar completamente todos los utensilios.
 - Proteger los alimentos de moscas utilizando cubiertas.
 - Uso de letrinas, eliminación higiénica de heces.

Cita para reevaluar al niño o niña con DIARREA tomando en cuenta la clasificación del riesgo familiar y el grupo dispensarial

Diarrea con o sin deshidratación (después de 24 horas)

En la reevaluación del niño o niña, el personal de salud debe verificar:

1. Si el niño o la niña ha mejorado.
2. Si está cumpliendo el tratamiento indicado.
3. Evaluar nuevamente el estado de hidratación seleccionando el **plan** apropiado para continuar el tratamiento de acuerdo a la clasificación.
4. Dar recomendaciones de cuando volver de inmediato.

Diarrea persistente

Después de 5 días: preguntar:

- ¿Continúa el niño o niña con diarrea?
- ¿Cuántas evacuaciones acuosas por día tiene el niño o niña?

Tratamiento:

- Evaluar nuevamente el estado de hidratación seleccionando el plan apropiado para continuar el tratamiento de acuerdo a la clasificación.
- Si la diarrea no ha parado y el niño o la niña continúa teniendo por lo menos tres evacuaciones acuosas por día, referirlo a la UCSFE u hospital, para la evaluación por pediatra.
- Si la diarrea paró (menos de tres evacuaciones acuosas por día), decir a la madre, padre o cuidador que continúe con las indicaciones de alimentación habitual para la edad del niño o niña.

Disentería

Después de 24 horas, el personal de salud debe:

- Evaluar al niño o niña con respecto a la diarrea.
- Consultar el cuadro "Evaluar y clasificar".

Preguntar:

- ¿Disminuyo la diarrea?
- ¿Persiste la sangre en las heces?
- ¿Bajó la temperatura?
- ¿El niño se está alimentando mejor?

Tratamiento:

- Evaluar nuevamente el estado de hidratación seleccionando el PLAN apropiado para continuar el tratamiento de acuerdo a la clasificación.
- Si la cantidad de evacuaciones, sangre en las heces y la fiebre sigue igual o ha empeorado, referir a la UCSFE u hospital para evaluación por pediatra.
- Si el niño o la niña evacua menos, no hay sangre en las heces, le ha disminuido la temperatura y está comiendo mejor, se debe continuar con el mismo antibiótico hasta terminarlo.
- Referir al promotor de salud para dar seguimiento del caso o citarlo al terminar el tratamiento.

**¿Tiene la niña o el niño fiebre?
Sospecha de enfermedad febril muy grave o dengue**

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> Cualquier signo general de peligro o rigidez de nuca. 	<p>Enfermedad febril muy grave.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Referir urgentemente al hospital de la red más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1) Considerar de acuerdo con gravedad acceso venoso permeable. Acompañar al niño (a) al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según <i>Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta</i>.
<p>Uno o más de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Letárgico o inconsciente Signos de choque: pulso débil, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar mayor de tres segundos y/o presión diferencial menor o igual a 20 mmHg, hipotensión en fase tardía. Sangrado grave: hematemesis, melena. 	<p>Dengue grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar ABC y monitoreo de signos vitales. Iniciar tratamiento de acuerdo con esquema de manejo de casos de dengue. Ver flujograma. Referir urgentemente al hospital de la red más cercano. Tratar fiebre y dolor con acetaminofén 10 mg/Kg/dosis cada 6 horas. (máximo 90 mg/Kg/día). Tomar hemograma, sin embargo, el no disponer de un hematocrito no debe retrasar el inicio de la hidratación. IgM al primer contacto.
<p>Uno o más de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vómitos persistentes (tres vómitos en una hora o cuatro en seis horas). Dolor abdominal persistente. Caída brusca de la fiebre. Inquieto o irritable Sangrado de mucosas. Hepatomegalia dolorosa mayor de 2 cms. Hematocrito en aumento asociado con disminución de los niveles de plaquetas. Comorbilidades asociadas (neuropatías, diabetes, hipertensión, cardiopatías, nefropatías, entre otras). Evaluar riesgo social 	<p>Dengue con signos de alarma</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si es necesario administrar oxígeno a un litro/minuto para menores de 12 meses y de 1 a 2 litros/minuto para mayores de 12 meses y menores de 5 años. Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según <i>Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta</i>. Posterior al alta dar seguimiento correspondiente por el Ecos Familiar y Ecos Especializado según Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta en las RIIS. Notificación de caso para vigilancia epidemiológica.
<ul style="list-style-type: none"> Fiebre de dos a siete días de evolución, nexa epidemiológico de dengue (vive o ha viajado a áreas endémicas en últimos 14 días) y dos o más de los siguientes signos: Malestar general, mialgias/artralgias. Cefalea / dolor retro ocular. Exantema / rash Anorexia y nauseas Petequias y prueba de lazo (+) Trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea, gastritis) Leucopenia. 	<p>Dengue sin signos de alarma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hidratación oral abundante (suero oral, leche, jugo de frutas, agua de arroz o agua de coco). Acetaminofén 10 mg/Kg/dosis cada 6 horas. (máximo 90 mg/Kg/día) No automedicar con AINES (diclofenac, ibuprofeno, naproxeno, dipirona, ni aspirina). IgM a partir del quinto día de inicio de la enfermedad. Educación a la madre, padre y cuidador sobre signos de alarma y cuando volver inmediatamente. Citar para re evaluación en 24 horas. Valorar toma de hemograma de acuerdo con el estado clínico del paciente. Referencia al promotor de salud. Si fiebre es persistente por más de 7 días se debe referir a pediatra de hospital o UCSFE. Notificación de caso para vigilancia epidemiológica.

Signos y síntomas de diagnósticos diferenciales por arbovirus.

Signos y síntomas	Chikungunya	Dengue	Zika
Motivo de consulta más frecuente	Dolor articular, fiebre	Fiebre, mialgias	Exantema o prurito
Fiebre	Intensa Muy frecuente Duración: 3 – 5 días	Moderada Muy frecuente Duración: 5 – 7 días	Leve Muy poco frecuente Duración: 1 – 3 días
Exantema	Inicia al 2° o 3er día No característico	Inicia al 5 – 7 día No característico	Típicamente desde el día 1 Máculo-papular, céfalo caudal
Prurito	Leve o moderado	Leve a intenso	Moderado a intenso
Conjuntivitis	Muy poco frecuente	Poco frecuente / inusual	Muy frecuente
Manifestaciones neurológicas	Poco frecuente (puede ser frecuente y grave en neonatos)	Poco frecuente	Posible y grave
Cefalea	Leve a moderada	Intenso y frecuente	Leve a moderada
Dolor Retro ocular	Poco frecuente	Intenso y frecuente	Poco frecuente
Poli artralgiás	Muy Frecuente	Ausente	Frecuente
Poli artritis	Frecuente	Ausente	Frecuente
Edema de manos y pies	Frecuente	Poco frecuente	Poco frecuente
Evolución a cronicidad	Muy frecuente	No	No se conoce
Mialgias	Frecuente moderado-intenso	Muy frecuente e intenso	Poco frecuente
Hepatomegalia	Muy poco frecuente	Es un signo de alarma	Muy poco frecuente
Vómitos frecuentes	Muy poco frecuente	Es un signo de alarma	Muy poco frecuente
Diarrea	Muy poco frecuente	Frecuente	Muy poco frecuente
Dolor abdominal intenso	No se presenta	Es un signo de alarma	No se presenta
Sangrados en piel	Muy poco frecuente	Frecuente	Muy poco frecuente
Sangrados de mucosa	Muy poco frecuente (cuando se presenta es grave)	Es un signo de alarma	Muy poco frecuente
Choque	Poco frecuente	Es la forma grave más frecuente	No se conoce
Leucopenia	Leve a moderada	Moderado - Intensa	Leve a moderada
Proteína C reactiva	Positiva	Normal	Positiva
Hematocrito elevado	Poco frecuente	Es un signo de alarma	Poco frecuente
Recuento plaquetario	Normal a bajo	Normal a muy bajo	Normal a bajo
Consideraciones particulares	Puede evolucionar a artropatía crónica	Riesgo de muerte	Riesgo de infección congénita y Guillain -Barré

Fuente: Tomado de Libro Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis, OPS – OMS, pagina 15, año 2016.

Para el manejo de la fiebre por chikungunya revisar los “Lineamientos técnicos para la prevención y control de la fiebre chikungunya, MINSAL, Junio 2014”.

Para el manejo de la fiebre por zika revisar los “Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con zika”. MINSAL, Julio 2016.

Al realizar acciones en la comunidad por caso sospechoso de zika, indagar sintomatología en mujeres en edad fértil y embarazadas.

Sospecha de paludismo o enfermedad febril

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Fiebre si vive o procede de un área híper endémica de paludismo.	Sospecha de paludismo	<ul style="list-style-type: none"> • Referir al hospital de la red más cercano. • Dar en el establecimiento una dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5 °C o más). • Tomar gota gruesa. • Notificación con la hoja de estudio epidemiológico de caso e informar al SIBASI y Región de Salud. • Dar seguimiento después del alta en el hospital.
Fiebre	Febril	<ul style="list-style-type: none"> • Dar en el servicio de salud una dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5 °C o más). • Tomar gota gruesa si no hay causa aparente. • Indicar a la madre, padre o cuidador cuando debe volver de inmediato. (Ver página 94) • Hacer cita para re evaluar en 24 horas después. • Si ha tenido fiebre todos los días durante más de 7 días, y habiendo descartado arbovirosis o bacteriemia oculta, referir al pediatra de la UCSFE u hospital de la red.

Dar acetaminofén para la fiebre mayor a 38.5 °C, dolor de oído o de garganta.

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración de tratamiento
Acetaminofén	120 mg / 5ml	10 – 15 mg/ Kg /dosis cada 6 horas	Mientras dure la fiebre o dolor.

Dosis máxima: 90 mg/kg/día.

Nota: respetar la dosis de acetaminofén y no abusar de su uso.

Determinar si la niña o niño tiene erupción cutánea generalizada

El personal de salud debe observar y determinar.

- Erupción maculo – papular, no vesicular y uno de los siguientes signos: tos, coriza u ojos enrojecidos.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Verificar signos de sarampión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre. • Erupción cutánea generalizada maculo papular, no vesicular. • Y uno de los signos: tos, coriza u ojos enrojecidos. 	<p>Sospecha de sarampión / rubéola.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar como emergencia epidemiológica por el alto nivel de contagiosidad. • Dar en el servicio de salud una dosis de acetaminofén para la fiebre (38,5°C o más) (Ver página 55) • Tomar muestra de sangre y enviar a laboratorio central con ficha para IgM. • Llenar la ficha epidemiológica de caso sospechoso y notificar de inmediato a la Región de Salud correspondiente, a la Unidad de Epidemiología y al Programa Nacional de Vacunas e Inmunizaciones para las intervenciones en el hogar comunidad y hospital. • Indicar a la madre, padre o cuidador que si hay signos de peligro debe llevarlo urgentemente al hospital. • Indicar medidas de aislamiento y vacunación de contactos en el hogar.
<ul style="list-style-type: none"> • Lactante menor de 1 año cuya madre tiene historia de confirmación por laboratorio o sospecha clínica de rubeola durante el embarazo. • Lactante menor de 1 año con anomalías congénitas compatibles con síndrome de rubeola congénita al nacer (cataratas, cardiopatías, sordera) y púrpura trombocitopénica. 	<p>Sospecha de síndrome de rubéola congénita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar muestra de sangre y enviar a laboratorio central con ficha de notificación del caso. • Indicar a la madre la necesidad de evitar contacto del niño o la niña con mujeres embarazadas o personas no vacunadas contra la rubeola. • Notificar de inmediato al SIBASI correspondiente, a la Dirección de Vigilancia Sanitaria y al Programa Nacional de Vacunas e Inmunizaciones, para estudio e intervenciones de tipo epidemiológico. • Referencia a pediatría en la UCSFE para interconsulta.
<ul style="list-style-type: none"> • Erupción cutánea generalizada y no presenta tos, coriza ni ojos enrojecidos. 	<p>Otra enfermedad eruptiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar en el servicio de salud una dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5 °C o más). • Identificar causa probable de fiebre.

¿Tiene la niña o niño un problema de oído?

Si la respuesta es afirmativa	
Preguntar:	Observar (utilice otoscopio), palpar.
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dolor de Oído? • ¿Tiene secreción de oído? • ¿Desde cuándo? 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay secreción de oído, tímpano rojo. • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Tumefacción dolorosa al tacto 	Mastoiditis.	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles (Ver anexo 1) • Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta.
<ul style="list-style-type: none"> • Secreción visible del oído o historia de ésta, menor de 14 días. • Dolor de oído. • Tímpano rojo 	Otitis media aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Dar un antibiótico oral durante 10 días. (Ver página 42) • Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre. (38.5 °C o más) y/o el dolor. • Secar el oído con mechas si hay secreción. • Hacer cita para reevaluar en cinco días después.
<ul style="list-style-type: none"> • Secreción visible del oído e historia de 14 o más días de evolución. 	Otitis media crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Secar el oído con mecha si hay secreción. • Referir al pediatra de la UCSFE o del hospital de la red para una mejor evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene dolor de oído y no secreción de oído 	No tiene infección de oído	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a la madre, padre o cuidador no usar hisopo.

Enseñar a la madre, padre o cuidador como secar el oído.

Secar el oído por lo menos tres veces por día:

- Colocar un paño absorbente, formando una mecha (no usar papel desechable).
- Colocar la mecha en el oído externo del niño o la niña.
- Retirar la mecha cuando esté empapada.
- Con una mecha limpia, repetir el procedimiento hasta que el oído esté seco.
- No dejar tapado el oído permanentemente.

¿Tiene la niña o niño un problema de garganta?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA	
PREGUNTAR:	OBSERVAR, PALPAR:
¿Tiene dolor de garganta?	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar si en el cuello hay ganglios crecidos y dolorosos. • Observar en la garganta. Si hay exudado blanco. • Observar si la garganta está eritematosa.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos y • Exudado blanco en la garganta. 	Infección bacteriana de garganta.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar un antibiótico (ver cuadro abajo) y cumplir la primera dosis en el establecimiento de salud. • Dar un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta. • Dar en el establecimiento la primera dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5 °C o más) o para el dolor. • Citar a los cinco días (ver página 61)
<ul style="list-style-type: none"> • Garganta eritematosa o • Dolor de garganta sin ganglios del cuello, crecidos o dolorosos. 	Faringitis viral	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar para el dolor de garganta un remedio casero inocuo. • Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5 °C o más) o el dolor. • Indicar a la madre, padre o cuidador cuando debe volver de inmediato.
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene dolor de garganta ni está eritematosa, ni exudados blancos, ni ganglios crecidos o dolorosos. 	No tiene faringitis	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la madre, padre o cuidador sobre signos de peligro.

* Recordar que en las niñas y niños hasta los 2 años el 80% son infecciones virales.

Dar un antibiótico para la infección de garganta

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración
Penicilina benzatínica	Frasco Vial 1,200,000 UI	50,000 UI / Kg de peso sin sobrepasar 1,200,000 UI	Dosis única.
Amoxicilina	Frasco con polvo para reconstruir (250 mg / 5ml)	80 – 90 mg/kg/día cada 8 horas	10 días
Claritromicina*	Frasco con polvo para reconstruir (250 mg / 5ml)	15 mg/Kg/día cada 12 horas	7 días.

* Si es alérgico a la penicilina.

Cita para reevaluar a la niña o niño con otitis media tomando en cuenta la clasificación del riesgo familiar y el grupo dispensarial.

Después de cinco días:

- Reevaluar el problema de oído. (Consultar el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR en página 57).
- Tomar la temperatura del niño o la niña.

Tratamiento:

- Si hay una tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja, referir URGENTEMENTE al Ecos Especializado o al hospital de la red.
- Otitis media aguda: si el dolor de oído o la secreción persiste, continuar con el mismo antibiótico durante cinco días más, hasta completar diez días, y continuar secando el oído con mechas. Citarlo para nueva reevaluación en cinco días.
- Si después de diez días de tratamiento, el niño sigue igual, referirlo al hospital.
- Otitis media crónica: comprobar que la madre esté secando el oído correctamente con mechas y que ha disminuido o desaparecido la secreción, si cumple con las indicaciones y tratamiento dado por especialista, si lo ha realizado elogiar a la madre e incentivar a que lo complete. Si la secreción persiste después de 2 semanas de secar adecuadamente el oído, referir al hospital.
- Si no hay dolor de oído ni secreción, elogiar a la madre y motivar a que finalice el tratamiento.

Cita para reevaluar a la niña o niño con infección bacteriana de garganta tomando en cuenta la clasificación del riesgo familiar y el grupo dispensarial

A los cinco días:

- Reevaluar el problema de garganta (consultar el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR en página 58).
- Verificar la persistencia de ganglios linfáticos (crecimiento, tumefacción, movilidad, dolor y aumento en el número) Si persiste, referir al pediatra del Ecos Especializado o del hospital de la red.
- Examine garganta para ver exudados.

Enseñar a la madre, padre o cuidador administrar los medicamentos por vía oral en la casa

- Indicar a la madre, padre o cuidador seguir las instrucciones que figuran a continuación para todos los medicamentos orales que deban administrarse en casa. Seguir también las instrucciones del cuadro de dosificación para cada uno de los medicamentos.
- Determinar los medicamentos y las dosis apropiadas para la edad y el peso de la niña o niño.
- Explicar a la madre, padre o cuidador la razón por la cual se administra el medicamento de la niña o niño y sus posibles reacciones adversas.
- Mostrarle cómo medir la dosis.
- Observar a la madre, padre o cuidador mientras mide la dosis.
- Pedir a la madre, padre o cuidador que administre la primera dosis de la niña o niño.
- Explicar minuciosamente cómo administrar el medicamento, y después rotularlo y colocarlo en el envase (si corresponde).
- Si se debe administrar más de un medicamento, recoger, contar y envasar cada medicamento por separado (si corresponde).
- Explicar que todos los comprimidos, cápsulas y jarabes deben continuar administrándose hasta que termine el tratamiento, aunque la niña o niño mejore.
- Explicar a la madre, padre o cuidador que mantenga los medicamentos fuera del alcance de las niñas y niños.
- Cerciorarse que la madre, padre o cuidador haya comprendido todos los procedimientos precedentes antes de que se vaya del establecimiento de salud.

Verificar si presenta anemia

El personal de salud debe OBSERVAR y DETERMINAR si tiene palidez palmar.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Palidez palmar. 	<p>Anemia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III. • Enviar examen de hemoglobina, frotis de sangre periférica y EGH, evaluar los resultados. • Anemia severa referir al hospital. • Anemia moderada referir al pediatra de la UCSFE para estudio. • Anemia leve suplementar según esquema de administración de micronutrientes de manera terapéutica según edad. (Ver anexo 12) • Dar recomendaciones de alimentación indicada para su edad • Dar consulta de seguimiento 30 días después e indicar examen de hemoglobina de control, mantener tres meses el tratamiento. • Orientar a la madre, padre o cuidador sobre la prevención de anemia.
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene palidez palmar. 	<p>No hay anemia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar dosis preventiva de hierro de acuerdo con la edad • Dar recomendaciones de alimentación adecuada para su edad. • Orientar a la madre, padre o cuidador sobre la prevención de anemia.

NOTA: En los menores de 2 meses considerar el diagnóstico de anemia fisiológica del lactante, es necesario revisar la tabla de valores de hemoglobina. (Ver Anexo 12)

Cita para reevaluar a la niña o niño de 2 meses a 4 años de edad, con anemia tomando en cuenta la clasificación del riesgo familiar y el grupo dispensarial

Anemia

Dejar cita de control como máximo en 30 días después:

- Si hay intolerancia al hierro, se puede dividir la dosis a 2 veces al día.
- Recomendar administrar el hierro durante 3 meses.
- Realizar examen de control de hemoglobina, al finalizar el tratamiento.
- Si persiste hemoglobina abajo de 11 g/dl después de tres meses referir al pediatra de la UCSFE u hospital de la red.

Dar a la madre, padre o cuidador las recomendaciones para mejorar la absorción del hierro:

- No dar el hierro junto a la leche o café.
- Indagar y recomendar el no dar café a las niñas o niños, explicando además las consecuencias para su salud.
- En los mayores de 6 meses, administrar el hierro con un alimento cítrico (jugo de naranja, limonada).

Evaluar, clasificar y tratar a las niñas y niños de 29 días a los menores de 5 años expuestos a VIH y/o con sospecha de VIH y/o sífilis

PREGUNTE	OBSERVE Y EXPLORE
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se le ha realizado a la madre, o la niña o niño una prueba de VIH y/o serología para sífilis? • ¿Tiene resultados disponibles de las pruebas de VIH y/o serología para sífilis realizadas a la madre y al niño /niña? • ¿Los familiares cercanos de la niña o niño han tenido sintomatología para sospechar infección por VIH? • ¿Ha tenido la niña o niño antecedentes de uno o más de los siguientes problemas? <ul style="list-style-type: none"> • Neumonía recurrente • Diarrea persistente • Secreción de oído • Desnutrición • Retardo en el desarrollo. • Infecciones bacterianas graves. • Familiares directos con VIH • Sintomático respiratorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis oral. • Inflamación de parótidas. • Linfadenopatía generalizada. • Dedos en palillo de tambor sin enfermedad cardíaca conocida. • Presencia de hepato esplenomegalia. • Desnutrición.
	<p align="center">DETERMINAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado serológico de la madre o el niño - niña de VIH y/o sífilis • Y si tiene uno o más de los siguientes problemas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Neumonía. ○ Diarrea persistente. ○ Secreción de oído aguda o crónica. ○ Desnutrición.

- Si no se ha realizado las pruebas para VIH y / o sífilis a la madre y al niño, tomar prueba según indicación médica y citar en 24 horas para el resultado de los exámenes.
- Se dispensará en el grupo III si se confirma positivo al VIH, y se debe dar tratamiento adecuado para sífilis
- Es importante verificar si la infección del infante es por transmisión vertical o abuso sexual.

Si la respuesta es afirmativa, entrar al cuadro a continuación y observar por las siguientes condiciones sugestivas de infección por VIH y/o sífilis.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • 2 o más condiciones clínicas y • No disponibilidad de pruebas 	<p>Sospecha de infección por VIH sintomática</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REFERIR INMEDIATAMENTE al “Centro de excelencia para niños con inmunodeficiencia (CENID), anexo Hospital Bloom). • Aconsejar a la madre, padre o cuidador sobre conductas de riesgo para infección por VIH.
<p>Uno o más de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Madre con prueba rápida positiva para VIH y/o serología para sífilis. • Sin resultado de la prueba serológica en el niño o la niña. • Prueba rápida de VIH positiva en un niño o niña menor de 18 meses (exposición al VIH). • Una o más condiciones clínicas. • Factores de riesgo de padres o familiares directos: alta sospecha de VIH, ITS y muerte recientes de familiares falta de segundo perfil prenatal (semana 28 a 32 del embarazo) nuevos compañeros o múltiples compañeros sexuales. 	<p>Posible infección por VIH / expuesto al VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REFERIR INMEDIATAMENTE al Centro de excelencia para niños con inmunodeficiencia (CENID), anexo Hospital Bloom).
<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de VIH negativa en la madre, y en el niño o niña. • Factores de riesgo de padres o familiares directos: alta sospecha de VIH, ITS y muerte recientes de familiares falta de segundo perfil prenatal (semana 28 a 32 del embarazo), nuevos compañeros o múltiples compañeros sexuales. 	<p>Riesgo de infección por VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar a la madre, padre o cuidador sobre conductas de riesgo para infección por VIH. • Dar seguimiento a la niña o niño por la condición clínica que inicio la sospecha de VIH. • Descartar transmisión vertical o abuso sexual.
<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de VIH negativa en la madre y en el niño o niña. • Sin signos clínicos para clasificar como infección sintomática sospechosa. • No conductas de riesgo para infección de VIH. 	<p>NO evidencia de infección por VIH y/o sífilis a la fecha.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar, brindar consejería y dar seguimiento a la infección actual. • Consejería a la madre sobre alimentación y su propia salud.

***No aplicar vacuna BCG en niños positivos o sospechosos de infección por VIH, resto de esquema de acuerdo a normativa.**

Evaluar el estado de salud bucal de la niña o el niño de 29 días a menores de 5 años

El personal de salud debe evaluar el estado de salud bucal de la niña o el niño de 29 días a menores de cinco años.

PREGUNTAR	OBSERVAR
<ul style="list-style-type: none"> • ¿La niña o el niño presenta algún diente? • ¿La niña o el niño tiene dolor en algún diente? • ¿El dolor es intenso y permanente? • ¿El dolor es al calor o al frío? • ¿Tiene fractura en algún diente? • ¿Tiene dolor o laceración en lengua, paladar, carrillos, rebordes alveolares o encías? • ¿Toma pacha? • ¿Consume dulces? • ¿Se chupa el dedo? • ¿Se chupa el labio? • ¿La niña o niño se muerde las uñas u otros objetos? 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta tumefacción de la cara • Presenta fístula intra o extra oral • Presenta caries dental (manchas blancas, negras o huecos pequeños) • Existen dientes fracturados • Hay chupeteo de dedo o de labio • Respiración bucal • Mordisqueo de uñas • Corona o raíz fracturada • Diente desalojado del alvéolo • Mal aliento • Encías sangrantes o inflamadas • Moniliasis.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas con el agarre o la succión • Movimientos limitados de la lengua (elevación, lateralidad) • Presencia de malformación de la cavidad oral • Presencia de diente que ha erupcionado en las primeras semanas de vida • Dolor dental intenso y permanente al calor o al frío, al masticar o espontáneo. • Fiebre • Mal aliento • Absceso en la mucosa cercana al diente • Diente destruido sin dolor. • Puede haber fístula intra o extra oral. • Mal aliento • Diente con mancha o descalcificación. • Presencia de cavitación u orificio en el diente 	<ul style="list-style-type: none"> Frenillo lingual corto Fisura labial y/o paladar hendido Diente neonatal Infección dental aguda Infección dental crónica Caries dental 	<ul style="list-style-type: none"> Referencia a odontología. Referencia al pediatra de la UCSFE o del hospital de la red. Referencia a odontología. Referencia a odontología de su establecimiento de salud. Iniciar tratamiento con antibiótico y analgésico. Amoxicilina (50 mg/kg/día dividido en 3 dosis) y acetaminofén (10 – 15 mg/kg/dosis). Referencia a odontología de su establecimiento de salud o del establecimiento de salud más cercano. Consejería sobre: técnicas adecuadas de higiene oral (ver página 67). Referencia a odontología de su establecimiento de salud o del establecimiento de salud más cercano. Iniciar tratamiento con analgésico y antiviral, acetaminofén (10-15 mg/Kg/dosis). Aciclovir (20 mg/kg/dosis cada 6 horas) por 5 días.
<ul style="list-style-type: none"> • Vesículas o úlceras dolorosas en tejidos blandos (labios, encías, carrillos, lengua). 	<ul style="list-style-type: none"> Estomatitis herpética 	<ul style="list-style-type: none"> Referencia a odontología de su establecimiento de salud o del establecimiento de salud más cercano. Iniciar tratamiento con analgésico y antiviral, acetaminofén (10-15 mg/Kg/dosis). Aciclovir (20 mg/kg/dosis cada 6 horas) por 5 días.

<ul style="list-style-type: none"> • Encía inflamada con hematoma y dolor asociada a la erupción dental. 	Hematoma de la erupción	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a odontología de su establecimiento de salud o del establecimiento de salud más cercano. • Iniciar tratamiento con acetaminofén (10-15 mg/Kg/dosis).
<ul style="list-style-type: none"> • Diente desalojado del alvéolo dental o avulsión dental • Fractura de la corona o raíz • Dientes en mal posición por chupeteo de dedo o de labio. • El niño se chupa el dedo o el labio • Dientes con desgaste • El niño se muerde las uñas u otros objetos. 	Trauma dental	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a odontología de su establecimiento de salud o del establecimiento de salud más cercano. <p>Orientar a la madre, padre o cuidador del niño o niña sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No uso de biberones • Técnicas adecuadas de higiene oral según la edad del niño o niña. • Dieta adecuada: frutas y verduras. • Disminuir ingesta de galletas azucaradas, dulces, gaseosas, jugos artificiales envasados. • No compartir utensilios de comer o cepillos de dientes. • Referencia a odontología de su establecimiento de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Dientes sin caries, pero con placa blanquecina adherida a la pieza dental (placa bacteriana). • Mal aliento • El niño o la niña es alimentado con biberón • El niño o la niña consume alimentos cariogénicos 	Malos hábitos orales	
<ul style="list-style-type: none"> • Dientes sanos con riesgo de caries 	Dientes sanos con riesgo de caries	
<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna alteración o signo de infección oral 	Niña o niño con boca sana	<ul style="list-style-type: none"> • Felicitar a la madre, padre o cuidador por el buen estado de salud bucal de la niña o niño. • Enseñar a la madre, padre o cuidador como limpiar la boca. (Ver página 69) • Recomendar lactancia materna exclusiva • Referencia a odontología de su establecimiento de salud cada seis meses verificando ficha odontológica.

Enseñar a la madre, padre o cuidador, las técnicas adecuadas de higiene oral:

De cero meses hasta la aparición del primer diente

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Enrollarse en el dedo índice un paño limpio y suave o gasa estéril humedecido en agua previamente hervida y fría
- Limpie suavemente la lengua, paladar, carrillos, rebordes alveolares o encías una vez al día






Desde la aparición del primer diente hasta tres años

- Cepillarle, enseñarle y supervisar el cepillado.
- Usar un cepillo dental de cabeza pequeña y cerdas suaves, el cual debe ser de uso personal.
- No usar pasta dental.
- El cepillo debe pasarlo en los dientes haciendo movimientos de arriba hacia abajo y en las muelas debe hacerlo con movimientos de adelante hacia atrás.
- El cepillado dental debe hacerlo 3 veces al día.

De tres a menores de cinco años

- Cepillarle, enseñarle y supervisar el cepillado.
- Usar un cepillo dental de cabeza pequeña y cerdas suaves, el cual debe ser de uso personal.
- Colocarle una pequeña cantidad de pasta dental infantil (como el tamaño de un grano de arroz)
- El cepillado debe pasarlo en los dientes haciendo movimientos de arriba hacia abajo y en las muelas debe hacerlo de adelante hacia atrás.

Técnica de cepillado para el niño o niña de 29 días a menores de 5 años.

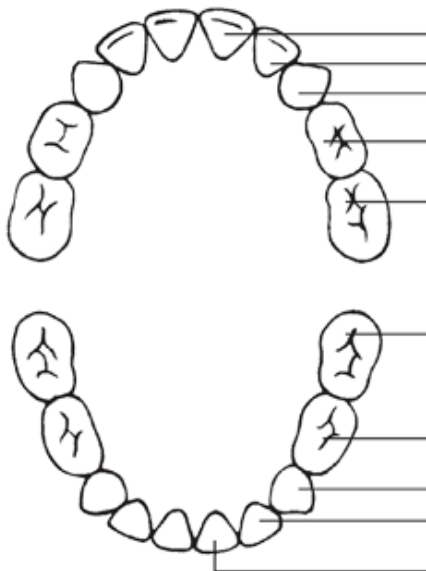
<p>Las piezas dentales superiores deben cepillarse de arriba hacia abajo, procurando llegar hasta las piezas de atrás que deben limpiarse de la misma forma. No olvidar limpiarlos en la parte de adentro.</p>	
<p>Las partes internas de las piezas dentales superiores deben cepillarse de arriba hacia abajo, y en las inferiores de abajo hacia arriba</p>	
<p>Las piezas dentales inferiores deben cepillarse de abajo hacia arriba</p>	
<p>Las partes de las piezas dentales con las que masticamos, deben limpiarse de adelante hacia atrás. Tanto las piezas de arriba, como las de abajo.</p>	
<p>Finalizar con el cepillado de la lengua, de adentro hacia afuera</p>	

Fuente: www.odontologiaestetica.com

Orientación para el cuidado de la salud bucal de la niña y el niño de cero días a menores de cinco años

- **De cero a seis meses:** utilizar una gasa o un trozo de tela para limpiar las encías.
- **De seis a 12 meses:** si no han aparecido los primeros dientes temporales o de leche consultar al Odontólogo
- **Tres años:** iniciar la utilización de pasta dental en una cantidad similar a un “grano de arroz” sobre un cepillo dental de cabeza pequeña y cerdas suaves.
- El cepillado dental debe realizarse al levantarse y después de cada comida. Debe realizarse lo más pronto posible después de cada tiempo de comida.
- El cepillo dental debe reemplazarse cuando sus cerdas se desgasten (aproximadamente cada dos o tres meses).
- El cepillado dental debe ser supervisado por los padres o cuidadores, asegurarse que el niño o niña realice la técnica adecuada y que no se trague la pasta dental. Si el niño o niña no ha aprendido a no tragar NO debe dársele pasta dental.
- Evitar comer o tomar bebidas azucaradas después del cepillado de la cena, si lo hace deberá volverse a cepillar.
- Las comidas cariogénicas son aquellas que contienen fundamentalmente carbohidratos fermentables, el más peligroso es el azúcar común, ya que hay bacterias que metabolizan el azúcar en ácidos que destruyen los dientes.
- Otras comidas que podemos mencionar son galletas, bebidas gaseosas, jugos artificiales, golosinas, dulces, entre otros.

Cronología de la erupción de la dentición primaria



Dientes Superiores	Erupción	Se Caen
Incisivo central	8-12 meses	6-7 años
Incisivo lateral	9-13 meses	7-8 años
Canino (colmillo)	16-22 meses	10-12 años
Primer molar	13-19 meses	9-11 años
Segundo molar	25-33 meses	10-12 años

Dientes Inferiores	Erupción	Se Caen
Segundo molar	23-31 meses	10-12 años
Primer molar	14-18 meses	9-11 años
Canino (colmillo)	17-23 meses	9-12 años
Incisivo lateral	10-16 meses	7-8 años
Incisivo central	6-10 meses	6-7 años

Evaluar la alimentación del niño y niña de 29 días al menor de 5 años

El personal de salud debe evaluar la alimentación de la niña o niño de acuerdo a la edad, dándole cumplimiento a la Ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Preguntar, observar:
<ul style="list-style-type: none">• ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse?• ¿Recibe lactancia materna? Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuántas veces en 24 horas?• ¿Recibe el niño o niña otros alimentos o líquidos? Si la respuesta es afirmativa,• ¿Con qué frecuencia? ¿Qué tipos de alimentos o líquidos le da de comer?• ¿Con qué le da de comer? ¿Usa pacha?
Evalúe el amamantamiento
<p>Si el niño o niña no se alimentó durante la última hora, decir a la madre que le dé el pecho. Observar el amamantamiento.</p> <p>Si se alimentó en la última hora, pida a la madre que espere y le avise cuando le vaya a dar de mamar otra vez.</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Tiene la madre en posición correcta al niño o niña para el amamantamiento? Verificar posición correcta:<ul style="list-style-type: none">• La cabeza y el cuerpo del niño o niña deben estar erguidos.• En dirección a su pecho, con la nariz del niño o niña de frente al pezón.• Con el cuerpo del niño o niña cerca del cuerpo de la madre (panza con panza).• Sosteniendo todo el cuerpo del niño o niña y no solamente el cuello y los hombros.2. ¿Logró el niño o niña agarrarse bien? Verificar el agarre correcto:<ul style="list-style-type: none">• Toca la mama con el mentón.• Tiene la boca bien abierta.• Tiene el labio inferior volteado hacia fuera.• Se ve más areola arriba de la boca que debajo de la misma.3. ¿El niño o niña mama bien? Es decir, succiona en forma lenta y profunda con pausas ocasionales, no mama bien o no mama nada.4. Determinar si tiene úlceras o placas blancas en la boca (moniliasis).5. Verificar que el niño o niña no tenga la nariz obstruida, porque eso dificulta la succión, si es necesario, considerar la limpieza de las fosas nasales con solución salina normal.6. Luego, determinar y evaluar el peso, la longitud y perímetro cefálico utilizando las gráficas de crecimiento correspondientes. (ver en anexos)

Clasifique la alimentación.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No puede alimentarse. • No mama nada. <p>Además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor de 2 meses 	<p>Enfermedad muy grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III • Referir urgentemente al hospital de su red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles, acompañando a la niña o niño al hospital, según los Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta. (Ver anexo 1) • El Ecos Familiar debe darle seguimiento a la evolución hospitalaria del niño y al ser retornado a su área de salud se debe coordinar con el Ecos Especializado para ser atendido por el equipo.
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay buen agarre. • No hay buena posición. • No mama bien. • Es amamantado en menor número de veces de acuerdo a su edad. • Recibe otros alimentos o líquidos. (Menor de 6 meses) • Alimentación no adecuada (Mayor de 6 meses) • No recibe lactancia materna. • Recibe sucedáneos de la leche materna. • Úlceras o placas blanquecinas en la boca (moniliasis). (Menor de 2 meses) • Problemas de malformaciones bucales. 	<p>Problema de alimentación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • aconsejar a la madre que amamante el número de veces al día de acuerdo a su edad. (Ver página 72) • Si la niña o niño no se agarra bien o no mama bien, enseñar a la madre la posición y el agarre correctos. • Si recibe otros alimentos o líquidos, aconsejar a la madre que le dé el pecho más veces, reduciendo los otros alimentos hasta eliminarlos, utilizar una taza o cuchara. <p>Si el niño o niña no recibe lactancia materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar consejería sobre lactancia materna exclusiva y relactación. • Dar seguimiento al caso por el equipo de salud según corresponda. • Dar seguimiento para cualquier problema de alimentación en un máximo de 30 días después, evaluando ganancia de peso. • Si persiste un problema de alimentación después del control de 30 días, se debe evaluar un problema de crecimiento. • Si los niños menores de 2 meses tienen moniliasis oral, enseñar a la madre, padre o cuidador a tratarla en casa y control en 5 días. (Ver página 34) • Evaluar e identificar problemas que limiten el logro de una óptima alimentación y tratar (Ver página 73) • Siga las recomendaciones de alimentación de acuerdo a la edad del niño o niña.
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El peso es normal para la edad y no hay ningún otro signo de alimentación inadecuada • Es amamantado en forma exclusiva hasta los seis meses de edad. • Se alimenta en la forma adecuada a su edad. 	<p>Ningún problema de alimentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Felicitar y estimular a la madre a que continúe con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, si es mayor de 6 meses orientar sobre la incorporación adecuada de alimentos. • Brindar control de crecimiento y desarrollo. • Indicar a la madre, padre o cuidador cuando volver de inmediato. (Ver página 95).

Recuerde:

El personal de salud debe evaluar otros alimentos o líquidos que recibe el niño o la niña que sean de suspensión inmediata, como: café, gaseosas, jugos y otros.

Principales soluciones para lograr una alimentación óptima.

Los niños y niñas menores de seis meses deben recibir lactancia materna exclusiva. A partir de los seis meses se debe iniciar la introducción de alimentos, ya que los requerimientos nutricionales de los niños se ven incrementados a partir de esta edad. Realizar una introducción adecuada de alimentos a partir de los seis meses es fundamental para lograr un crecimiento y desarrollo óptimo. Se debe cuidar de la cantidad y calidad de los alimentos seleccionados, de lo contrario puede sobrevenir problemas de malnutrición a edades tempranas.

El personal de salud debe apoyar a la madre, padre o cuidador de la niña o niño de **seis a ocho meses** en solucionar problemas de alimentación.

Problemas	Posibles soluciones
Si le da a la niña o niño sólo leche materna.	<ul style="list-style-type: none"> • Continúe dando pecho 6 a 8 veces por día. • A esta edad el niño o niña necesita además de la leche materna otros alimentos. • Proporcionar en forma de puré espeso como: papa, plátano, frijoles colados, zanahoria, ayote y papaya, entre otros. • Puede suavizar los alimentos con la leche materna. • Empiece a dar alimentos hasta llegar a 3 comidas al día, por lo menos 3 cucharadas en cada tiempo de comida, además del amamantamiento.
Si le dan a la niña o niño sólo otros alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Si todavía tiene posibilidad de darle leche materna intentar nuevamente el amamantamiento, por lo menos 6 veces en 24 horas. • Dar los alimentos en forma de puré tales como: cereales, frutas o verduras cocidas como: papa, ayote, zanahoria, entre otros. • Se puede iniciar la introducción de purés de pollo, carne de res, pescado y huevo. • Dele de comer 4 veces al día si el niño - niña no recibe lactancia materna y 3 veces al día si recibe lactancia materna.
Los primeros alimentos de la niña o niño son sopas o papillas ralas.	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la consistencia de la alimentación de rala a espesa, ya que los nutrientes se encuentran en los alimentos y no en el agua. • Dar papillas o purés como: arroz "aguado", puré de papas con zanahoria, puré de verduras con arroz, mango maduro.
Si la niña o niño no gana peso adecuadamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Dígale a la madre, padre o cuidador que se siente con el niño o niña y lo estimule para que coma. Debe tener paciencia. • Aumente la cantidad de alimentos que le da al niño, hasta darle de comer por lo menos 4 veces al día, pueden ser 3 comidas más 1 refrigerio, en plato separado, además del pecho.
Si la niña o niño solo toma leche o líquidos en biberón.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar la leche o líquidos en taza y con cuchara en vez de pacha • Demuéstrele a la madre, padre o cuidador como alimentar la niña o niño usando taza y cuchara. • Oriente a la madre, padre o cuidador sobre la introducción adecuada de alimentos, cantidad, frecuencia y consistencia.

El personal de salud debe apoyar a la madre, padre o cuidador de la niña o niño de nueve a once meses en solucionar problemas de alimentación.

Problemas	Posibles soluciones
Los alimentos de la niña o niño son comidas o papillas ralas o sopas.	<ul style="list-style-type: none"> • Explique que debe cambiar la consistencia de la alimentación de rala a espesa o en trocitos.
Si la niña o niño no consume la cantidad, frecuencia o tipo de alimentos adecuados.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la cantidad de alimentos que le da al niño - niña, una cucharada más de comida en cada tiempo. • Dele de comer por lo menos 4 veces al día, pueden ser 3 comidas más 1 refrigerio, por lo menos 4 cucharadas soperas en cada tiempo de comida. • Que la madre, padre o cuidador busque los alimentos que le gustan a la niña o niño, pero no golosinas.
Si la madre, padre o cuidador no ayuda a la niña o niño para que coma.	<ul style="list-style-type: none"> • Pida a la madre, padre o cuidador que se siente con el niño o niña y lo anime para que coma. • Diga a la madre, padre o cuidador que lo alimente con paciencia y cariño.
Si la niña o niño recibe solo pecho.	<ul style="list-style-type: none"> • Diga a la madre, padre o cuidador que a esta edad el niño o niña debe comer otros alimentos por lo menos 4 veces al día y que la leche se convierte en un complemento de la alimentación. • Debe darle primero la comida y luego amamantarlo.
Si la madre, padre o cuidador está alimentando a la niña o niño sólo con pacha.	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerde a la madre, padre o cuidador que a esta edad el niño o niña debe comer otros alimentos por lo menos 4 veces al día. • La leche o líquidos deben ser ofrecidos en taza y con cuchara en vez de pacha. • Demostrar a la madre como alimentar al niño o niña usando taza y cuchara.
Si la niña o niño no gana peso.	<ul style="list-style-type: none"> • Diga a la madre, padre o cuidador que se siente con el niño o niña y lo estimule para que coma. Debe tener paciencia. • Aumente la cantidad de alimentos que le da al niño, hasta darle de comer por lo menos 4 veces al día, pueden ser 3 comidas más 1 refrigerio, en plato separado, además de la lactancia. • Agregar por lo menos 1 alimento frito al día.

El personal de salud debe apoyar a la madre, padre o cuidador de la niña o niño **de uno a dos años** de edad en solucionar problemas de alimentación.

Problemas	Posibles soluciones
Poca cantidad y alimentos diluidos (sopas).	<ul style="list-style-type: none"> • Explique que debe cambiar la consistencia de la alimentación de rala a espesa o en trocitos. • Si la familia tiene pocos alimentos, que aumente al menos una cucharada más de lo que tenga en cada comida.
Pocas veces al día, poca variedad.	<ul style="list-style-type: none"> • El niño debe incorporarse a la comida de la familia y comer la mayor variedad posible, junto con toda la familia. • A partir de un año los niños y niñas tienen que comer 3 comidas formales más dos refrigerios.
Si se le está dando líquidos en biberón.	<ul style="list-style-type: none"> • Recomiende no usar la pacha, daña la dentadura de los niños y por contaminación puede producir diarreas graves. • Indique a la madre, padre o cuidador que debe darle los líquidos en taza y no utilizar pacha.
Si se tiene poco tiempo para dedicar a la niña o niño para que coma.	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar la forma de que el niño coma, ofreciendo los alimentos con paciencia y cariño, buscando alimentos que al niño le gusten (no golosinas). • Si la madre está fuera de casa, recomiende que busque alguna persona adulta que le apoye, a la hora que el niño come, que se siente con él niño o la niña para ayudarle a comer • Los niños y niñas se distraen fácilmente durante las comidas, por lo que la familia debe estar pendiente de que se terminen toda la comida que se le sirve en su propio plato.

El personal de salud debe apoyar a la madre, padre o cuidador de la niña o niño **de tres a menores de 5 años** de edad en solucionar problemas de alimentación.

Problemas	Posibles soluciones
<p>Si la niña o niño no consume la cantidad, frecuencia o tipo de alimentos adecuados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumente la cantidad de alimentos que le da al niño - niña. Aumente una comida más o una cucharada más de comida en cada tiempo. • Dele de comer por lo menos 5 veces al día, pueden ser 3 comidas más 2 refrigerios. • Que la madre, padre o cuidador busque alimentos que le gusten a la niña o niño, pero no golosinas. • No dar sopas, sino alimentos en trocitos. • Sírvale su comida en un plato aparte. • No deben darse líquidos antes y durante la comida. • Los líquidos deben darse después de la comida. • No dar café, sino una bebida como: atol de maíz, refresco de fruta natural, u otro disponible (no bebidas artificiales).
<p>El niño o la niña no quiere comer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar la forma de que el niño coma, ofreciendo los alimentos con paciencia y cariño, buscando alimentos que al niño le gustan (no golosinas). • Los niños y niñas se distraen fácilmente durante las comidas, por lo que la familia debe estar pendiente de que se terminen toda la comida que se le sirve en su propio plato. • Incorporarlo al grupo familiar durante las comidas. • Evitar distractores a la hora de comer (TV, otros)
<p>Si el niño o niña no gana peso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dígale a la madre, padre o cuidador que se sienta con la niña y niño, y lo estimule para que coma. Debe tener paciencia. No forzarlo. • Dar un alimento frito al día: plátano frito, papas fritas, crema y otros. • Agregar por lo menos 1 alimento frito al día.

Evaluar clasificar y tratar el crecimiento de la niña o niño.

El personal de salud debe pesar y tallar a la niña y niño según la técnica descrita en el manual de crecimiento y desarrollo.

Si la niña o niño llega a inscripción en el control infantil o llega por primera vez en el año, el médico y o enfermera debe evaluar lo siguiente:

OBSERVAR Y PALPAR:
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si hay emaciación. • Verificar si hay edema en ambos pies.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema visible • Emaciación visible grave • Si el peso para la edad en el niño - niña de 0 a 24 meses está abajo de -3 desviaciones estándar. • Si el peso para la talla en el niño - niña de 2 a menor de 5 años está abajo de -3 desviaciones estándar. • Evaluar signos carenciales. 	Marasmo o kwashiorkor /desnutrición severa	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III. • Referir urgentemente al hospital de su red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles, acompañando al niño o niña al hospital, según los lineamientos de referencia y retorno. • El Ecos Familiar debe darle seguimiento a la evolución hospitalaria del niño o niña y al ser retornado a su área de salud se debe coordinar con el Ecos Especializado para ser atendido por el equipo multidisciplinario conformado por el pediatra, nutricionista, psicólogo y educador para la salud. • El Ecos Familiar debe dar seguimiento mensual post alta por seis meses o hasta evidenciar cambios favorables en estado nutricional. • Si el establecimiento cuenta con cereal fortificado indicarlo según lineamientos.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para la edad en la niña o niño de 0 a 24 meses se encuentra en el canal: de -2 y -3 desviaciones estándar. • Peso para la talla en el niño - niña de 2 a menor de 5 años se encuentra en el canal: de -2 y -3 desviaciones estándar 	Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> • El médico del Ecos Familiar debe dar seguimiento según grupo dispensarial III e interconsultar con nutricionista del Ecos Especializado, según grupo de edad. • Evaluar la alimentación de la niña o niño e informar a la madre sobre la alimentación adecuada para su edad. (Ver página 81 - 82). • Evaluar el desarrollo según hoja simplificada de desarrollo. • Administrar micronutrientes según edad. • Si el establecimiento cuenta con cereal fortificado indicarlo según lineamientos.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para la edad en la niña o niño de 0 a 24 meses se encuentra en el canal normal: entre -2 y +2 desviaciones estándar. • Peso para la talla en el niño - niña de 2 a menor de 5 años se encuentra en el canal normal: entre -2 y +2 desviaciones estándar. 	Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar control del niño o niña, y valorar el crecimiento y desarrollo según grupo dispensarial I. • Felicitar a la madre, padre o cuidador por el peso de la niña o niño. • Evaluar su alimentación y orientar a la madre, padre o cuidador sobre la alimentación adecuada para su edad (Ver página 81 – 82). • Administrar micronutrientes de acuerdo a la edad. • Si el establecimiento cuenta con cereal fortificado y es un niño menor de 24 meses, indicarlo según lineamientos. • Indicar a la madre, padre o cuidador cuando debe volver de inmediato.

NOTA: La clasificación del estado nutricional del niño o niña de cero a menores de cinco años, se reportará en el Registro Diario de Consulta, a través del índice peso para la edad a la inscripción y la primera vez en el año.

Recuerde: para fines del llenado del “Registro Diario de Consulta”:

1. Los niños y niñas menores de 2 años se les reportará su estado nutricional según índice P/E y L/E, en el registro Diario de la Consulta a la inscripción y en su primer control en el año.
2. Los niños y niñas de 2 años a menores de 5 años se les reportará su estado nutricional según índice P/E y T/E y P/T, en el registro diario de la consulta en su primer control en el año.
3. Los niños y niñas de 5 años a menores de 10 años se les reportará su estado nutricional según índice IMC, en el registro diario de la consulta en su primer control en el año.
4. Para efecto de seguimiento del paciente, se evaluará el estado nutricional en cada atención que se brinde, pero este dato no se anotará en el registro diario de consulta, ya sea ambulatoria y atenciones preventivas, solamente en el expediente clínico. Fuente: Instructivo para el llenado del registro diario de consulta, MINSAL, marzo 2013.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Longitud/talla según la edad se encuentra en el canal debajo de -3 DE. 	Retardo severo del crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en el grupo dispensarial III. • Control y prevención de enfermedades infecciosas. • Suplementación con micronutrientes de acuerdo a la edad. • Incorporar alimentos fuentes de proteínas (según disponibilidad) • Indicar complemento o suplemento nutricional (según disponibilidad) • Visita domiciliar y monitoreo de la talla por tres meses consecutivos. • Si no hay mejoría referir a la UCSFE o pediatra del hospital de su red.
<ul style="list-style-type: none"> • La longitud/talla según la edad se encuentra abajo de -2 hasta -3 desviaciones. 	Retardo del crecimiento	
<ul style="list-style-type: none"> • La longitud/talla según la edad se encuentra arriba de +3 desviaciones estándar. 	Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones de alimentación según la edad

Evaluar a las niñas y niños de 2 años a menor de 5 años con el índice peso para la talla.

DETERMINAR	PREGUNTAR
<ul style="list-style-type: none"> • Pesar, tallar y determinar su estado nutricional utilizando el gráfico de peso/talla. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántas veces come al día? • ¿Qué tipo de alimentos y bebidas consume? • ¿Qué cantidad de alimentos consume? • ¿Qué tipo de alimentos le da en los refrigerios? • ¿Realiza actividad física? • ¿Qué tipo de ejercicio o pasatiempo realiza?
EVALUAR	
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Actividad física 	

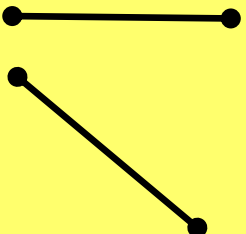

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para la talla se encuentra en el canal: arriba de +3 desviaciones estándar. 	Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en el grupo dispensarial III, y evaluar la alimentación del niño o niña e informar a la madre, padre o cuidador sobre la alimentación indicada para su edad. (Ver página 81-82). • Control por pediatra y nutricionista de UCSFE u hospital. • Indicar la realización de actividad física (Ver página 84). • Personal de salud comunitaria debe programar visitas de seguimiento para evaluar cumplimiento de indicaciones. • Si después de 2 meses no se evidencia mejoría, replantear plan de manejo. • En el próximo control de seguimiento al mes, si el niño o niña no mejora, referirlo a hospital para realizar pruebas bioquímicas según sospecha de patología. • Referir oportunamente frente hallazgos de resultados de pruebas o duda diagnóstica. • Referencia con psicólogo/a.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para la talla se encuentra en el canal: entre +2 y +3 desviaciones estándar. 	Sobrepeso	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en el grupo dispensarial II, y evaluar la alimentación del niño o niña e informar a la madre, padre o cuidador sobre la alimentación indicada para su edad. (Ver página 81 – 82). • Indicar la realización de actividad física (Ver pág. 84). • Personal de salud comunitaria debe programar visitas de seguimiento para evaluar cumplimiento de indicaciones. • Si después de 2 meses no se evidencia mejoría, replantear plan de manejo. • En el próximo control de seguimiento al mes, si el niño o niña no mejora, referirlo a hospital para realizar pruebas bioquímicas según sospecha de patología. • Referir oportunamente frente hallazgos de resultados de pruebas o dudas diagnósticas. • Referencia con psicólogo/a.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para la talla se encuentra en el canal: entre -2 y +2 desviaciones estándar. 	Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre actividad física (Ver página 84) y otras medidas de promoción de la salud. • Alimentación de la niña o niño sano. (Ver página 81 – 82)

Nota: el tratamiento de estos problemas debe basarse en el cambio de hábitos alimentarios y promoción de la actividad física de la niña o el niño.

Todo niño o niña menor de 2 años que a la evaluación antropométrica se encuentra por arriba de +2 D.E. en el gráfico para la edad, deberá complementarse la evaluación con el indicador L/E y se debe referir con pediatría y nutricionista.

Evaluar la tendencia de crecimiento de la niña o niño de 29 días a menor de 5 años.

Evaluar la tendencia del peso en los niños y niñas de 0 a 24 meses, y de los niños y niñas de 2 a menor de 5 años

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene tendencia horizontal o descendente en la gráfica de crecimiento peso/edad según sexo (Ver en Anexos) 	<p style="text-align: center;">Tendencia Inadecuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Investigar la causa de crecimiento inadecuado. Evaluar el desarrollo. Evaluar la alimentación (calidad, cantidad y frecuencia) Informar sobre alimentación para la edad con énfasis en aumentar la frecuencia, cantidad y consistencia. (Ver página 81 - 82) Suplementación con micronutrientes según la edad. Referencia al Ecos Familiar o promotor de salud para dar seguimiento a los 7 y 15 días para verificar cumplimiento de las recomendaciones de alimentación Control en 30 días para evaluar la tendencia de crecimiento. Si tiene crecimiento inadecuado durante dos meses seguidos indicar: hematocrito, hemoglobina, EGH y EGO; referir con pediatra o nutricionista. Indicar un antiparasitario, en caso de que lo amerite. Revisar y cumplir el esquema nacional de vacunación. Dar seguimiento por el equipo de salud correspondiente.
<p>Peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene tendencia ascendente en la gráfica de crecimiento peso/edad según sexo (Ver en anexos) 	<p style="text-align: center;">Tendencia adecuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Felicitar a la madre, padre o cuidador por el crecimiento adecuado de la niña o niño. Aconsejar sobre la alimentación indicada según la edad (Ver página 81 - 82). Continuar con los controles subsecuentes establecidos en los Lineamientos técnicos para Ecos Familiares y Ecos Especializados. Indicar la suplementación preventiva con micronutrientes según la edad. Medir el perímetro cefálico en el niño o niña menor de 2 años. Evaluar el desarrollo según la edad. Dar el tratamiento antiparasitario, según lineamiento. Revisar y cumplir el esquema nacional de vacunación.

Recordar en toda atención preventiva o por morbilidad se debe valorar la ganancia o pérdida de peso.

Informar a la madre, padre o cuidador sobre la alimentación de la niña o niño sano

Menor de 6 meses de edad.
<ul style="list-style-type: none">• Amamantarlo por lo menos doce veces en las veinticuatro horas del día.• Durante el amamantamiento motive a su hija o hijo a que vacíe el pecho y luego ofrézcale mamar del otro.• No le de ninguna otra comida o líquido, ni agua, la leche materna quita le sed.• Mostrar a la madre, padre o cuidador como sacarle el aire al bebe adecuadamente después de cada mamada.• Mostrar a la madre cómo extraerse y conservar la leche y cómo mantener la producción de leche.
De 6 a 8 meses de edad
<ul style="list-style-type: none">• Continuar amamantándolo por lo menos 8 veces en las 24 horas del día.• Iniciar introducción de alimentos en forma de puré espeso. Introducir un alimento nuevo cada tres días.• Aumentar poco a poco la cantidad de comida y la variedad de alimentos, hasta lograr que coma por lo menos tres cucharadas de comida espesa tres veces al día. No dar sopas• Darle por lo menos 3 cucharadas de puré espeso de: frutas: guineo, papaya, mango, u otros. Cereales: arroz con frijol, papa, plátano. Verduras: zanahoria, ayote, entre otras. Huevo, pollo, carne de res, pescado y vísceras de pollo.• Darle 3 tiempos de comida, si recibe leche materna.• Darle 3 tiempos de comida y 2 refrigerios (2 horas antes del almuerzo y 2 horas antes de la cena) si no recibe leche materna.• Darle un alimento pequeño masticable para que el niño use sus dedos.• Dejar que trate de alimentarse por sí mismo, con ayuda.• Evitar darle alimentos que puedan causar asfixia (como semillas, uvas, zanahoria cruda, entre otros).
De 9 meses a 1 año de edad
<ul style="list-style-type: none">• Continuar amamantándolo por lo menos 6 veces en 24 horas del día.• Continuar dando los alimentos de la etapa anterior y aumentar gradualmente la comida hasta lograr que coma por lo menos 4 cucharadas soperas de comida llenas más un cuarto de tortilla ó 1 pan en cada comida.• Aumente poco a poco la consistencia del puré hasta que el niño(a) pueda comer alimentos deshechos que tengan pedacitos de comida para que vaya aprendiendo a masticar.• Dar de comer 5 veces al día: 3 comidas formales y 2 refrigerios.• En cada refrigerio ofrecer frutas de estación (exceptuando las que representan peligro para los niños y niñas, como: nances, mamón y otros.• Dar alimentos ricos en vitamina A, vitamina C y hierro.• Motivar a que el niño(a) tenga su propio plato a la hora de comer.• Preparar los alimentos con hierbas naturales (cilantro, perejil, apio u otros) en lugar de usar cubitos o consomés artificiales.• No dar café, ni bebidas gaseosas u otros refrescos artificiales, ni golosinas.• No dar miel a esta edad sino hasta después de los 12 meses de vida para evitar riesgo de botulismo.
De 1 año a menor de 2 años
<ul style="list-style-type: none">• Continuar dando pecho y mantener el consumo de los alimentos introducidos en las etapas anteriores adaptando su cantidad y consistencia a la edad del niño(a).• Incorporar a la comida familiar e ir aumentando la cantidad hasta lograr que coma por lo menos 1 taza en cada comida.• Dar de comer 5 veces al día: 3 comidas formales y 2 refrigerios.• Dar la comida en trozos pequeños y supervisar que mastique bien antes de tragar• Ofrecer refrigerios saludables (frutas de estación)• No dar café, ni bebidas gaseosas u otros refrescos artificiales, ni golosinas.

- Dar todos los días alimentos ricos en vitamina A, Vit. C y hierro
- Promover el consumo de alimentos fortificados: sal con yodo (casita azul en la bolsa), azúcar con vitamina A y harinas con hierro.

De 2 años a más

- Mantener el consumo de los alimentos introducidos en las etapas anteriores adaptando su cantidad y consistencia a la edad del niño(a) y a la dieta familiar
- Dar de comer 5 veces al día: 3 comidas formales y 2 refrigerios.
- Ofrecer refrigerios saludables (frutas de estación)
- Dar todos los días alimentos ricos en vitamina A, Vit. C y hierro
- No dar café, ni bebidas gaseosas u otros refrescos artificiales, ni golosinas.
- Promover el consumo necesario de alimentos fortificados: sal con yodo (casita azul en la bolsa), azúcar con vitamina A y harinas con hierro.

Recomendaciones generales para la alimentación de la niña o niño sano

- Explicar a la madre, padre o cuidador los beneficios y ventajas de la lactancia materna, y los peligros de usar pacha.
- Explicar la importancia de dar comidas espesas y no ralas como las sopas.
- Explicar que la introducción de alimentos debe ser gradual, procurando ofrecer el mismo alimento tres días seguidos, para verificar la aceptación y tolerancia a los mismos. Si a la niña o el niño no le gusta el alimento, se debe ofrecer posteriormente.
- Darle la comida en un plato y cubiertos destinados sólo para la alimentación de la niña o el niño.
- Orientar a la madre, padre o cuidador que debe incluir alimentos ricos en vitaminas y minerales: hojas de espinaca, mora, chipilín, mango, papaya, refrigerios de frutas o verduras.
- Orientar a la madre, padre o cuidador de las consecuencias de dar bebidas gaseosas, refrescos artificiales, café o golosinas.
- Orientar a no dar miel o alimentos que la contengan hasta después de los dos años.
- Hacer énfasis en la manipulación sanitaria de los alimentos, lavado de manos y el almacenamiento sanitario de los alimentos crudos y cocidos.
- Recomendar alimentos de acuerdo con el poder adquisitivo de la familia.
- Alimentar la niña o el niño con paciencia y cariño, motivarlo activamente a que coma, pero sin obligarlo.
- Procure que el momento de alimentar a su niña o niño sea tranquilo y libre de distracciones. Recomiende no comer viendo la televisión.
- Orientar a la madre, padre o cuidador que al momento de la alimentación no le ofrezca ningún líquido, hasta después de consumirlos.
- Consumo de agua.
- Establecer horarios de comida y refrigerios de acuerdo con la edad.

Recuerde: Ningún niño menor de 5 años debe consumir gaseosas, golosinas, refrescos envasados o sopas deshidratadas, enlatados o comidas procesadas por que tienen aditivos (colorantes, edulcorantes y saborizantes artificiales) que son dañinos para la salud de los niños y niñas.

Recomendaciones alimentarias para niños y niñas con sobrepeso y obesidad

1. Seguir las indicaciones de alimentación de la niña y niño sano (Ver página 81 - 82) y tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:
 - Darle a la niña o niño tres tiempos de comida y dos refrigerios (a media mañana y media tarde).
 - Ofrecerle refrigerios saludables como frutas y verduras, cortadas en trocitos.
 - Aumentar el consumo de fibra, aumentando el consumo de frutas y verduras de temporada (al menos 5 al día). Frutas: naranja, mandarina, mango, sandía. Verduras: lechuga, tomate, zanahoria, pepino, güisquil, ayote y pipián entre otros.
 - Sustituir alimentos fritos por preparaciones sin grasa.
 - Evitar manteca, margarina en las preparaciones y sustituir por aceite.
 - Seleccionar carnes con poca grasa: antes de cocinarlas, separar la grasa de la piel.
 - Evitar consumo de alimentos procesados, preferir alimentos frescos y naturales.
 - Disminuir el consumo de azúcar: refrescos artificiales, gaseosas, sorbetes, chocolates, dulces, pasteles y pan dulce, entre otros.
 - Consumir agua segura (4-6 vasos al día).
 - Presentar los alimentos servidos al niño o niña de manera atractiva (en colores y texturas).
 - Realizar el tiempo de comida en la mesa con un ambiente tranquilo y en familia, sin distractores como la televisión.
 - No utilizar alimentos dietéticos.
2. Es importante que el cambio a una alimentación saludable se haga de forma paulatina, con alternativas u opciones en preparaciones agradables y accesibles a la economía de la familia.
3. Para que la niña y niño se adapte al cambio de hábitos, toda la familia debe unirse al mismo esfuerzo.

NOTA: Para reforzar la consejería a la madre, padre o cuidador a consultar la Guía de alimentación de la familia salvadoreña.

Actividad física en la prevención y control de la obesidad infantil

- Recomendar actividad física como complemento de una alimentación saludable que puede realizarse cada día en cualquier espacio, en forma de deporte, juegos, recreación u otros, preferentemente con otros niños.
- Cualquier actividad física que realiza el niño o niña debe ser supervisada por un adulto.
- Las recomendaciones de actividad física se basan en la siguiente pirámide:
- Primer nivel de la pirámide (la base): son las actividades diarias como jugar fuera, ayudar en las tareas de la casa, caminar, jugar con el perro, bailar.
- El segundo nivel de la pirámide: Es el ejercicio recomendado de tres a cinco veces por semana: jugar basquetbol, fútbol, béisbol, andar en bicicleta, saltar la cuerda, correr o natación.
- El tercer nivel de la pirámide: consta de ejercicios de flexibilidad y fuerza recomendados de dos a tres veces por semana, como practicar artes marciales, gimnasia o baile, entre otros.
- Cuarto nivel de la pirámide: Finalmente en la parte más angosta de la pirámide se localizan las actividades que no requieren movimiento físico, como ver la televisión, juegos de videos, jugar en la computadora, las que deben evitarse.



Cita para reevaluar a la niña o niño con problemas de obesidad o sobrepeso

Después de 30 días

- Pesar y tallar al niño o niña
- Reevaluar la alimentación
- Verificar actividad física.

Seguimiento:

1. En el caso de sobrepeso, si gana peso (índice peso/ edad) de forma evidente, aconsejar a la madre, padre o cuidador sobre la alimentación adecuada y los riesgos de llegar a obesidad.
 - a. Si al plotear en la gráfica de peso/talla, después de 3 controles, el punto se acerca más a la línea de obesidad: referirlo al nutricionista o pediatra.
 - b. Si al plotear en la gráfica de peso/talla, después de 3 controles, el punto se acerca más a la línea de normal: dar consejería sobre alimentación y continuar con controles de acuerdo con lo definido en Lineamientos técnicos para Ecos Familiares y Ecos Especializados.
2. En el caso de obesidad, si gana peso (índice peso/edad) de forma evidente, informar a la madre, padre o cuidador sobre la alimentación indicada y los riesgos de la obesidad. Después de 2 controles evaluar nuevamente con el índice peso / talla:
 - a. Si al plotear en la gráfica de peso/talla, después de 2 controles, el punto se ubica en el canal de obesidad y va en incremento se debe referir al nutricionista o pediatra.
 - b. Si al plotear en la gráfica de peso/talla, después de 2 controles, el punto se acerca más a la línea de sobrepeso: dar consejería sobre alimentación y continuar el manejo del sobrepeso como se ha detallado anteriormente.

Recomendaciones de alimentación para la niña o niño enfermos y en recuperación

Continuar amamantándolo

- Continuar con la alimentación, pero en pequeñas cantidades y más veces al día. Los alimentos no le van a hacer daño.
- Buscar alimentos suaves, como arroz, plátano, verduras o papas salcochadas.
- Buscar la forma de que el niño coma, ofreciendo los alimentos con paciencia y cariño, buscando alimentos que al niño o la niña le gusten (no golosinas). El apetito mejorará a medida que el niño se recupere.
- Agregar sal, limón o azúcar para mejorar el sabor de las comidas.

Si hay diarrea:

- Evitar la leche de vaca en polvo o fluida, los alimentos muy azucarados o con mucha grasa, porque pueden aumentar la diarrea.
- Aumentar la ingesta de líquidos como: leche materna, suero oral, agua segura, agua de arroz, agua de coco.
- Evitar el consumo de alimentos procesados como jugos, bebidas gaseosas y otros.
- Ofrecerle siempre los alimentos en pequeñas cantidades con consistencia suave.

Si hay problemas respiratorios:

- Evitar alimentos como: limón, naranja, mandarina, mango verde, piña, marañón, sandía.
- Aumentar la ingesta de líquidos como agua segura, agua miel, agua de manzanilla.
- Dar alimentos fritos como frijoles, plátano frito, papa frita para mejorar el sabor y reponer la energía perdida.
- Recomiende a la madre, padre o cuidador limpiarle la nariz al niño o niña, ya que eso le dificulta la alimentación.

Evaluar, clasificar y tratar el desarrollo de la niña o niño.

PREGUNTE
<p>Pregunte a la madre, padre o cuidador: sobre el desarrollo de su niña o niño.</p> <p>¿Qué es lo nuevo que ha hecho su hija o hijo?</p>
VERIFICAR
<ul style="list-style-type: none">• Presencia de signos de peligro.• Si la niña o niño tiene alteraciones fenotípicas (malformaciones congénitas)• Factores de riesgo que pueden afectar el desarrollo:<ul style="list-style-type: none">a) Riesgos genéticos: desórdenes médicos definidos, especialmente los de origen genético (errores innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el síndrome de Down y otros síndromes genéticos).b) Riesgos biológicos: prematurez, hipoxia cerebral grave, kernicterus, meningitis y encefalitis.c) Riesgos socio-ambientales: falta de afecto y cariño por parte de la madre, cuidador o de la familia, las condiciones de vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la comunidad, violencia intrafamiliar.d) Maltrato infantil:<ul style="list-style-type: none">○ Maltrato físico es toda agresión que provoca daño en el cuerpo como: moretones, cortaduras, quemaduras, marcas de golpes.○ Maltrato emocional o psicológico es cuando los adultos hacemos sentir mal a la niña o niño, gritándoles, avergonzándolos, rechazándolos entre otros.○ Maltrato por negligencia o descuido consiste en que, aun existiendo los medios para hacerlo, las necesidades de alimentación, abrigo, salud, higiene, cuidado y vigilancia de las niñas y niños no se atienden en el momento indicado.○ Maltrato sexual es cualquier clase de agresión con intenciones sexuales que una persona adulta (niña o niño mayor) realiza a otros niños o niñas. <p>Siempre verifique la condición de desarrollo de la niña y el niño, utilizando la escala simplificada de evaluación del desarrollo de niños y niñas de 0 a 5 años, (Anexo 10) de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anote la fecha de evaluación y la edad de la niña y el niño en el rango de edad correspondiente para su evaluación.• Revise la evaluación hecha previamente, verificando si hay antecedentes en su expediente. Si hubo hitos que logró, revise esos hitos nuevamente, anotando en observaciones el logro o no de los hitos.

Clasifique la condición de desarrollo de la niña o el niño en base a la evaluación anterior

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Uno de los presentes signos hasta los dos meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de un signo de peligro. • Ausencia de reflejo de moro completo. • Ausencia de reflejo cocleo palpebral. • Trastorno reflejo de búsqueda y succión. • Hipotonía • Hipertonía. • Irritabilidad persistente. • Microcefalia o macrocefalia. • Presencia de riesgo genético/ biológico. 	<p>Probable problema neurológico y/o genético</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III • Interconsulta inmediata con pediatra del Ecos Especializado o con pediatra del hospital de la red.
<p>De 2 meses a dos años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de uno o más reflejos primitivos: succión, moro, búsqueda, prensión. • Microcefalia, macrocefalia o asimetría en posturas del movimiento. • Hipotonía. • Hipertonía. • No balbucea • No fijación de la mirada. 	<p>Probable problema neurológico y/o genético</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III • Interconsulta inmediata con pediatra del Ecos Especializado o con pediatra del hospital de la red.
<p>Malformaciones que NO ponen en peligro la vida</p>	<p>Malformaciones anatómicas visibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial IV • Interconsulta con pediatra del Ecos Especializado o con pediatra del hospital de la red.
<p>Ausencia de una o más de las habilidades para el grupo de edad que pertenece el niño o niña.</p>	<p>Riesgo en el desarrollo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial II • Haga una consulta de seguimiento y control a los 30 días, si el problema persiste refiere para evaluación a médico pediatra del Ecos Especializado u hospital de la red. • Valoración por equipo multidisciplinario del Ecos Especializado. • Oriente a la madre, padre o cuidador sobre la estimulación del desarrollo del niño o niña de acuerdo a su edad, en el caso de riesgo. • Seguimiento según el grupo dispensarial.
<p>Cumple con todas las habilidades para el grupo de edad al que pertenece el niño o niña y no hay factores de riesgo.</p>	<p>Desarrollo infantil adecuado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería sobre evaluación del desarrollo de la niña o niño según edad. Seguimiento según el grupo dispensarial.

Recomendaciones de actividades para estimular a la niña o niño

Las siguientes recomendaciones deben ser explicadas a la madre, padre o cuidador:

- La principal recomendación para estimular al niño o niña de cualquier edad es el amor, ya que sentirse amados y queridos es fundamental para su desarrollo integral y les permite sentirse seguros del respaldo afectivo de quienes les rodean.
- Desde que nacen, una de las mayores necesidades de todos los niños - niñas es el contacto físico con otras personas, ser tocados y acariciados con respeto, tomados en brazos, que alguien les hable, ver caras y expresiones familiares y sentir reconocida su presencia.
- Los niños - niñas necesitan mirar, escuchar, observar y tocar objetos nuevos e interesantes y jugar con ellos. Así comienza su proceso de aprendizaje.
- Lo más importante para un bebé es escuchar el sonido de voces humanas y ver caras humanas. Nunca debe dejarse solo a un niño pequeño durante períodos prolongados de tiempo.
- El ejemplo de las personas adultas y de otros niños y niñas de más edad influye más que las palabras u “órdenes” en la formación del comportamiento y la personalidad del niño y niña durante su desarrollo. Si los adultos manifiestan su enfado con gritos, agresividad y violencia, los niños - niñas aprenderán que esa es la conducta adecuada. Si los adultos tratan a los niños, niñas y demás personas con amabilidad, consideración y paciencia, los pequeños también seguirán su ejemplo.
- La estimulación temprana es indispensable para el desarrollo de la inteligencia y las habilidades mentales, por lo que las personas que rodean a los niños - niñas deben siempre hablarles, jugar y sobre todo quererlos.
- A los niños y niñas hay que hablarles siempre, aun desde recién nacidos, aunque creamos que no entienden lo que les decimos, lo importante es el tono con el que se les habla, suave y amistoso, y hay que abrazarlos cariñosamente, sonreírles, escucharlos y alentarlos a responder a esos estímulos con un movimiento, con un sonido y en la medida que van creciendo con gestos, palabras o frases.
- Jugar es la actividad más importante de los niños - niñas y no debe ser menospreciada por los padres, debido a que el juego les permite desarrollar habilidades sociales, mentales y físicas, incluyendo el hablar y el caminar. El juego estimula la curiosidad e invita al niño y niña a explorar, reflexionar y pensar. El juego ayuda a desarrollar la creatividad y la imaginación.
- Por tal razón las actividades de estimulación que se recomendarán estarán establecidas por edades y deben ser implementadas como juegos y complementadas con prácticas de la región comunidad como rimas, canciones, historias, entre otras.

Recomendaciones de estimulación para desarrollo en las áreas: motora gruesa, motora fina, cognitiva, lenguaje, socio afectiva

Edad: desde el nacimiento a 1 mes

ÁREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> • Tome sus piecitos y pase su dedo por la planta de cada pie. • Cuando le cambie pañal, tome sus piernitas para que patalee
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> • Ponga su dedo índice entre sus deditos. • Para amamantarlo, anímele frotando suavemente su pezón en la mejilla.
Cognoscitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Cuelgue un sonajero o campanitas a unas 2 cuartas de su carita. • Haga un objeto móvil y gírelo para que lo siga con la mirada. • Al cargarle suénele el sonajero para que busque el sonido con la mirada. • Indague por qué muestra incomodidad.
Socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando lllore o se moleste, cárguele y háblele con ternura a la vez que busca el motivo de su incomodidad. • Mire su carita y háblele con cariño. • Muévale suavemente, ya que necesita un ambiente tranquilo y poco iluminado.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Háblele mucho y con cariño. • Cántele, léale, arrúllele o póngale música suave para que se mueva y responda con sonidos. • Con llanto expresa lo que siente, trate de interpretar el motivo de éste, puede ser hambre, sueño o un pañal húmedo.

Edad: desde 1 mes a 2 meses

ÁREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> • Colóquelo boca abajo, apoyándole en sus piernas para que intente levantar la cabeza. • Mientras le cambie déjele libres las piernas para que intente patalear. • Ayúdele a cambiar de postura. • Boca arriba, háblele suavemente de sus brazos para que trate de sostener la cabeza.
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> • Dele objetos para que los apriete fuerte y luego los deje caer.
Cognoscitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Acérquele un sonajero u objeto estimulante o sonoro y hágalo desaparecer para que lo busque. • Cuelgue objetos de color brillante arriba de donde duerme la niña o niño, para que los observe. • Dele un sonajero anímele a mover las manos.
Socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcione tranquilidad. • Obsérvele para identificar las causas del llanto e incomodidad: pañal mojado o sucio, calor o frío, hambre, dolor o fiebre.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Aproveche el momento de amamantarlo para conversarle, con sonrisas y cambios suaves de voz. Hablándole despacio. • Repita los sonidos que él o ella deja escapar. Convérsele continuamente y arrúllele. • Trate de ponerle la música suave o un programa infantil, para que vaya tratando de responder con sonidos propios de esta edad.

Edad: de 2 a 3 meses

ÁREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> Boca arriba, hálele suavemente de los brazos para que trate de sostener la cabeza.
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> Cuelgue pelotas de lana o hilo de colores vivos, y muévalos delante de él o ella.
Cognoscitivo	<ul style="list-style-type: none"> Continúe acercándole y alejándole el sonajero u objetos estimulantes (música o radio) para que busque el sonido. Juegue acariciándole suavemente y dele un sonajero para que lo agarre. Cuelgue objetos llamativos para que mueva la cabeza y lo siga con la mirada.
Socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> Responda con sonrisas a las caricias y juegos que se le hacen. Háblele con cariño para que ponga atención. Pida a los miembros de la familia que se acerquen por momentos, acariciándole y familiarizándose con ella o él.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> Siempre aproveche la hora de darle de mamar para conversarle e imite los sonidos que hace con la garganta: "GU", "AGG", "AGUUU". Este atento a interpretar los distintos tonos del llanto, para que se sienta cómodo (a) y satisfecho (a).

Edad: de 3 a 4 meses

AREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> Acomódele boca abajo para que se sostenga poco a poco en sus brazos y fortalezca la nuca. Sentado (a), acomódele con almohadas y póngale enfrente cosas brillantes que usted pueda moverles: rojas, azules, amarillas, blancas y verdes.
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> Tóquele sus manos y póngale la palma de la suya para que la sostenga.
Cognoscitivo	<ul style="list-style-type: none"> Boca arriba, aplauda suavemente acerca de su espalda para que mueva la cabeza en dirección a ese sonido. Siéntele en sus piernas y muévale el sonajero (u otro objeto sonoro) para que lo agarre y lo suelte. Cuando duerma, debe haber tranquilidad y ningún ruido fuerte.
Socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> Dele cosas con que jugar, taza y cuchara plástica, trocitos, tapaderas, lo importante es que juegue libremente. Aproveche darle un sonajero (u otro objeto sonoro) para que lo agarre y sacuda. Platíquele: acérquesele, lo mismo hermanas, hermanos y abuelos. Háblele mientras le cambia o se prepara a darle amamantarle, le baña o simplemente le carga. Póngale música suave.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> Imite los sonidos que hace, acarícielo y mímele mientras le habla suavemente al oído.

Edad: de 4 a 5 meses

ÁREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> • Acostado (a) boca arriba o boca abajo juegue con ella o él y cámbiele de posición para estimularle a rodar y a sostener la cabeza. • Manténgale sentado (a) largos ratos en sus rodillas.
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> • Recuéstele en almohadas y en un lugar seguro. Póngale cerca objetos que pueda tomar y llevarlos a la boca sin peligro.
Cognoscitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Llámeme por su nombre con cariño para que responda al estímulo girando la cabeza. • Muéstrole objetos o seres vivos que se muevan, como pollos, gatos, o perros. Gírele los objetos móviles o colgantes para que los siga con la
Socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Juegue con ella o el tapándole la cara con un pañal para que trate de quitárselo. Dígale “no está” y “aquí está”. • Cuando este acostado (a), dele el sonajero para que lo mueva y anímele a sonarlo.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Háblele con palabras sencillas como: mamá, papá y repítalas lentamente. • Continúe interactuando repitiendo los sonidos que le hace con su garganta. • Convérsele de las cosas que mira mientras le carga. Cántele o tararéle canciones, léale cuentos. • Aproveche para ponerle música suave o programas infantiles de radio.

Edad: de 5 a 6 meses

ÁREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> • Siéntele en sus piernas y háblele de uno a otro lado de su cabeza para que ejercite el cuello. • Acostado o acostada boca arriba, ponga sus pulgares para que se agarre con sus manos y levántele para que se siente.
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> • Balancéele cosas enfrente para que trate de agarrarlas.
Cognoscitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Dele un objeto para que lo coja y luego otro para que lo observe. • Sáquele a pasear para que observe a su alrededor. • Siéntele en su regazo, cerca de la mesa, para que la rasque, palpe o golpee. • Deje caer hojas, papeles u objetos para que les observe caer.
Socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Anímele a mirarlo(a) a la cara y a tocársela. • Póngale ante un espejo y pregúntele ¿Quién es? • Toda la familia tiene que mostrarle cariño en respuesta a sus dedos. • Los familiares colaborarán atendiendo la solicitud del niño o la niña cuando extienda los brazos para que le carguen.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Háblele o platíquele, para que repita “MAAA”, “PAAA”, “TAAA”, o cualquier otro sonido que hace. • Mientras le cambian el pañal, le baña o le da de mamar, háblele, llámeme por su nombre, dígale palabras como mamá, papá, chiche o pecho, así tratará de responderle. • Póngale música suave.

Edad: de 6 a 8 meses

ÁREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> • En una colchoneta, póngale boca abajo y coloque obstáculos para que intente pasar por ellos. • Sosténgalo de pie por unos segundos.
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> • Manténgale sentado o sentada y colóquese juguetes, cajas o cubos a distancia para que trate de alcanzarlos. • Dele objetos pequeños para que los agarre con el pulgar, índice y dedo medio, vigile que no los lleve a la boca, por el peligro de asfixia.
Cognoscitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Dele cosas con la mano para que las bote y recoja. • Escóndale juguetes o cosas frente a él o ella, así bajo un pañal o un recipiente para que los descubra. Juegue también a las escondidas con un pañal.
Socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Juegue con él o ella al cambiarle, amamantarlo, o bañarlo, procurando que se mantenga limpio o limpia. Estimúlele para que juegue con sus manos o pies llevándoselos a la boca. • Lívele a donde hace oficio o permanecerán trabajando. Un coche, carrito, corral o cajón acomodado ayudan mucho. • Jueguen a “las tortillitas”.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Haga sonidos onomatopéyicos diversos como vehículos de motor, tren, agua que cae, pitos y animales, para que imite y haga los propios. Póngale música. • Póngale frente a un espejo y háblele, muéstrelle sus rostros, aléjese y acérquelo preguntándole ¿Dónde está?, ¿Quién es?, etc. • Empiece a decirle “no” cuando golpee o haga algo brusco. • Repite sílabas ma-ta-pa. y palabras o preguntas conocidas.

Edad: de 8 a 10 meses

ÁREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando le siente en la cama o petate, ponga objetos atractivos para que se desplace a recogerlos. • Cuelgue un aro en una pita o cualquier colgante para que se agarre • Póngale cerca de la cama, una silla o banca para que intente pararse y luego caminar.
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> • Para que pueda agarrar en pinza, dele frascos pequeños o cajas con hoyos e introduzca su dedo para que le imite.
Cognoscitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Juegue a las escondidas. Escóndale cosas debajo del pañal o recipiente. • Improvise un tambor y suénelo, espere su respuesta para seguir con el sonido. • Sobre una superficie firme y limpia, siéntese en el suelo con su niño o niña, ponga el pañal y coloque encima una galleta para que hale el trapo y alcance la galleta.
Socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Miembros de la familia deben jugar o darle de comer, para socializar. • El niño o la niña hala la ropa de la madre para llamar su atención por lo que debe atender y jugar. • Cuando realice algo con éxito, felicítelo, apláudale, anímele. • Ponga música en la radio para que siga el ritmo, imítele y estimúlele. • Deje que las personas se le acerque, le toquen y le hablen para darle confianza y seguridad.

Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Convérsele diciendo “dada” “mama”, “tata” y espere su respuesta. • Haga sonidos diferentes como: camión, tren, chapotear, agua, “splash” y espere que las imite. • Muéstrela revistas o periódicos con figuras de colores para que señale las que le llaman la atención. • Repítala diferentes sílabas para que las imite. • Léale o cuénteale historias.
-----------------	---

Edad: de 10 a 12 meses

ÁREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> • Póngale una silla para que se pare por sus propios medios. • Préstele apoyo con sus manos e invítele a caminar.
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> • Dele un recipiente plástico, una cesta o caja para que meta y saque objetos o juguetes. • Dele una revista y señale un dibujo con el dedo índice hasta que la imite. • Dele un objeto para golpear una lata y ayúdele hasta conseguirlo.
Cognoscitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Envuelva la pelota en papel para que la desenvuelva. Puede hacerlo con una taza, un trocito y un pañal. • Déjele lejos una pelota y aliéntele a recogerla. • Enséñele el significado del “NO”, cuando él o ella se lleve algo a la boca, golpee o actúe con brusquedad.
Socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Que los familiares jueguen a esconderse y pronuncien su nombre para que les responda buscándolos. • El enojo del niño o niña expresa su molestia, por lo que no se le debe regañar. • Colabora agarrando la cuchara, comiendo solo o sola, aunque se ensucie y desperdicie algo de lo que come.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Que el papá y la mamá se nombren y señalen para que se reafirmen al mencionarlos. • Dele objetos y nómbralos para que ponga atención y trate de decirlos • Ponga la radio o cántele para que pueda. Hacer movimientos corporales y las tararee con ritmo. • Exprésele el significado del “NO” cuando le observe hacer algo inadecuado, reforzar que suspenda la actividad.

Edad: de 1 a 2 años

ÁREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> • Anímele a caminar agarrado(a) de la mano • Dele varios cubos o recipientes para que los coloque uno sobre otro.
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que utilice una mano más que la otra • Juega a coger pelotas y otros objetos en movimiento.
Socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Debe enseñarle a avisar cuando moje el pañal, a lavarse las manos antes de comer, a dar las gracias • Repite sonidos y gestos para llamar la atención.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Utilice actividades de la vida diaria para que amplíe su vocabulario y repítalas hasta que las memorice • Señala objetos o dibujos cuando alguien se los nombra.

Cognición	<ul style="list-style-type: none"> • Pídale que le muestre y mencione las partes del cuerpo que conoce: manos, pies, ojos, nariz, entre otros. • Empieza a practicar juegos imitando a otros.
------------------	---

Edad: de 2 a 3 años

ÁREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> • Dele la mano para que levante un pie y vaya perfeccionando su equilibrio. • Anímele a que arrastre juguetes detrás de él mientras camina.
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> • Construya una torre con cajas o latas pequeñas una encima de la otra con el niño o la niña • Juegue a separar varios juguetes y luego volverlos a juntar.
Socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Imita el comportamiento de los demás, sobre todo si se trata de adultos o de niños o niñas mayores. • Cada vez le emociona más la compañía de otros niños o niñas, permita que juegue con ellos.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Platíquele, pídale su opinión para que use sí o no con sentido. • Motive al niño o la niña a que repita palabras que oye en las conversaciones.
Cognición	<ul style="list-style-type: none"> • Enséñele su edad y muéstrole como expresarlo con los dedos. • Pregúntele al niño o la niña de quien es cualquier objeto para que practiquen: "mío, suyo, tuyo, nuestro, entre otros".

Edad: de 3 años a 4 años

ÁREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> • Enséñele a jugar "peregrina" para perfeccionar su equilibrio. • Con varios recipientes, anímele a construir un puente.
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> • Dibuje formas en el suelo y pídale al niño o la niña que las copie y dibuje libremente. • Enséñele hacer bolitas y gusanos con masa o plastilina.
Socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Pregúntele su nombre y sexo • Permita que el niño o la niña escoja su ropa y se vista solo o sola.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Cuénteles cuentos, léales libros, revistas, el diario, rótulos etc. • Cuando usted haga sus quehaceres cuénteles y descríbalos lo que está haciendo. Permita que su niño o niña le haga preguntas sobre lo que usted hace.
Cognición	<ul style="list-style-type: none"> • Cuente con la niña o el niño hasta cinco objetos; por ejemplo: cinco tortillas, cuatro mangos, tres huevos, entre otros. • Con un grupo de objetos ayúdale al niño o la niña a dividir los objetos según tamaño o color.

Edad: de 4 a 5 años

ÁREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> • Muéstrole como subir y bajar gradas alternando los pies. • Juegue con una pelota para que el niño o la niña la pateee, la tire, la atrape, entre otros.
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> • Deje al niño o la niña que se vista, que se abotone las prendas, suba el cierre, amarre los zapatos entre otros.
Socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Tenga horarios fijos para algunas actividades del día, como comer, dormir, salir al patio, entre otros.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Permita al niño o la niña hacer preguntas y hágale usted preguntas sobre lo que hace y piensa • Pídale que cuente cuentos para que practique hablar y organizar sus ideas.
Cognición	<ul style="list-style-type: none"> • Pídale que le cuente las partes de un cuento que recuerde • Sabe cosas sobre los objetos caseros que se usan a diario (dinero, comida, electrodomésticos).

Quando debe volver de inmediato o para una cita de seguimiento en la UCSF básica, intermedia o especializada en el menor de dos meses

<p>El personal de salud debe recomendar a la madre, padre o cuidador que vuelva de inmediato si la niña o niño empeora o presenta cualquiera de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No succiona o no toma el pecho. • Fiebre o hipotermia. • Respiración rápida. • Dificultad para respirar. • Cualquier signo de deshidratación. • Sangre en las heces. • Heces líquidas y abundantes.

Si la niña o niño tiene	Volver para una consulta de control en:
Diarrea con deshidratación grave o diarrea con deshidratación o enfermedad muy grave.	De acuerdo con instrucciones el día del alta.
Infección local.	2 días
Moniliasis oral.	5 días
Cualquier problema de alimentación.	Un máximo de 30 días.

<p>En el próximo control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicar a la madre, padre o cuidador cuándo debe volver o ser visitado en su domicilio, según riesgo, para las próximas vacunas según el esquema nacional de vacunación. • Aconsejar a la madre, padre o cuidador cuándo volver o ser visitado en su domicilio, según riesgo para el próximo control de crecimiento y desarrollo según lo establecido en los Lineamientos técnicos para Ecos Familiares y Ecos Especializados.

EVALUAR, CLASIFICAR Y
TRATAR A LA NIÑA O
NIÑO DE 5 AÑOS AL
MENOR DE 10 AÑOS.

Evaluar, clasificar y tratar a la niña o niño de 5 al menor de 10 años.

Esta es una etapa donde el desarrollo de sus habilidades y destrezas se ve evidenciado de acuerdo como este ha sido estimulado desde edades tempranas, iniciando desde el hogar, o mediante los círculos de familias, educación inicial y por supuesto como ministerio de salud garantizando el cumplimiento de sus controles de crecimiento y desarrollo, donde este último mediante la escala simplificada se ha podido evaluar, clasificar y tratar de manera oportuna para que sea exitosas esta fase fundamental de transición. El desarrollo motor es uno de los más importantes que se desarrollan en este período experimentando aumento de la fuerza y coordinación, mostrando movimientos coordinados y rítmico, esto genera de que el niño y niña se desarrolle su confianza al sentirse competente de realizar algunas actividades físicas, y a medida este lo realice con frecuencia va ir buscando realizar actividades de mayor complejidad como deportes, danza o gimnasia.

Con el desarrollo de su parte intelectual, hay una evolución del pensamiento, dejando de manera paulatina aquel pensamiento de fantasía hacia un proceso cognitivo lógico. En el componente del lenguaje este aumenta su capacidad de percepción y abstracción permitiendo que el niño o la niña pueda leer, escribir y comunicar su pensamiento. En el desarrollo socioemocional, el autoconcepto se hace más estable y la interacción social es más intensa y compleja, asociada a progresos en sus capacidades de aprendizaje.

La autoestima y la autonomía se consolidan y va adquiriendo la capacidad de saber qué hacer y la seguridad y habilidad para lograrlo, establece relaciones sociales como una medida de lograr objetivos comunes, para sentirse que pertenece a un sector donde pueda exponer sus estados y motivaciones psicológicas con los demás y viceversa, ampliando su entorno incluyendo el ambiental. Se describe un progreso en la capacidad de entender otros puntos de vista, así como una mayor interiorización de reglas morales y sociales asociadas a principios universales. Es capaz de tolerar la frustración, persistir en una tarea y manejar sus emociones negativas bajo normas aceptables.

La etapa entre los cinco y diez años es una etapa de desarrollo personal, donde su personalidad y capacidades emocionales, laborales y sociales, se ven puestas a prueba a cada momento por sus relaciones sociales y el ambiente. Uno de ellos es la adaptación escolar que implica una mayor separación de los padres, el grupo de pares comienza a cobrar una importancia cada vez más significativa y aparecen nuevas figuras de autoridad como los profesores, quienes se convierten en un momento nuestros socios estratégicos en el seguimiento de su evaluación de su desarrollo, además de identificar aquellos problemas, como las dificultades de aprendizaje o problemas de adaptación social, las cuales suelen arrastrarse a lo largo de la trayectoria escolar si es que no se realizan intervenciones tempranas.

Aunque en este periodo la mortalidad es baja, cuando existe un cuadro mórbido generalmente no consultan de manera oportuna y la tendencia es a complicarse más de lo debido. Una de las causas principales de muerte la constituyen los accidentes, generalmente fuera del hogar. Los principales motivos de consulta son las enfermedades respiratorias e infecciosas. Los problemas de salud tienen relación con condiciones que afectan la calidad de vida y con enfermedades crónicas no transmisibles o su predisposición a temáticas psicosociales, por lo que de nuevo es importante recordar el establecer canales de comunicación institucionales que nos brinden información oportuna.

Consideraciones generales para la atención de niñas y niños de 5 años a menores de 10 años.

Los controles infantiles se pueden realizar en las UCSF o en los Centros Escolares a nivel nacional. El realizar los controles de salud en el ambiente escolar es una estrategia que se está usando de acuerdo con las características sociales y culturales (madre y/o padre o cuidador con disminución de adherencia por incompatibilidad de horarios laborales, considerar que por su edad ya no necesita más controles, entre otros.). Sin embargo, debe existir un acuerdo formal antes de iniciar el año escolar con los directores para que mediante una programación anual se logren los objetivos, sin interferir en mayor manera con las actividades educativas.

Además, en los casos de niñas y niños que nacieron siendo prematuros o con bajo peso, a partir del control de los 5 años se realiza tamizaje que incluya: medición fidedigna de la presión arterial, siendo esta planteada en las escalas de acuerdo con su edad, nitrógeno ureico y creatinina, pues se ha evidenciado su asociación con enfermedades como hipertensión e insuficiencia renal, al ser identificados deben ser referidos oportunamente con las especialidades correspondientes, y darle el seguimiento a los planes de manejo indicados.

En las atenciones que se brinden en el ambiente escolar, y se realice en ausencia de la madre, padre o cuidador, el director debe informarlos de las actividades que se harán de manera conjunta. Se realizará una atención sin intervenciones invasivas, las que sí lo ameriten deben de programarse en el establecimiento de salud mediante referencia o agendamiento, según clasificación de dispensarización o agendamiento; la excepción será cuando se trate de algún evento que ponga en peligro la vida de la niña o niño.

El control será individual, saldrán de 3 a 5 niños o niñas en grupo hasta completar la sección o grado, no se realizará la evaluación de Tanner. Se solicitará en las reuniones de padres de familias la participación de algún representante para que acompañe dicha jornada, es importante tener la papelería y documentación del MINSAL necesaria, para dejar atestados de las atenciones brindadas y ser resguardados en el expediente de su establecimiento.

Cuando el control es realizado en el establecimiento de salud con presencia de la madre y/o padre, o cuidador, se debe de llenar la documentación respectiva en el expediente clínico, el control será individual y se realizará la evaluación de Tanner, siempre que los padres y el niño o niña estén de acuerdo.

El flujograma de atención para los niños y niñas menores de 10 años está definido en la página 10 de este documento.

Durante este período se deben realizar 2 consultas anuales y 1 visitas de terreno para el paciente aparentemente sano sin riesgo, además de su atención odontológica. Para conocer sobre el seguimiento en los casos particulares por factores de riesgo consultar los *“Lineamientos Técnicos para Los Ecos Familiares y Ecos Especializados” (2017)*.

Evaluar signos de peligro en la niña o niño de 5 al menor de 10 años

El personal de salud de las UCSF y de los Ecos Familiares debe cumplir los siguientes pasos en la atención del niño o niña:

- Elaborar historia clínica y examen físico completo.
- Preguntar a la madre ¿Qué problemas tiene el niño o la niña?
- Determinar el grupo dispensarial al que corresponde y llenar la ficha de seguimiento a la dispensarización para la programación de los controles y visitas de terreno.
- Llenar el expediente clínico individual según la edad correspondiente y agregarlo en la ficha familiar.
- Determinar si es la primera consulta para este problema o si viene para una cita de reevaluación del caso.
- Explicar a la madre, padre o cuidador el motivo de la referencia al hospital.

Si es la primera consulta o reevaluación, siempre se debe examinar a la niña o niño de la siguiente manera:

PREGUNTAR	OBSERVAR
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Vomita todo? • ¿Ha tenido convulsiones? 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica si esta letárgico o inconsciente • Verificar si tiene dificultad grave para respirar.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Uno de los siguientes signos de peligro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No puede alimentarse • Vomita todo • Convulsiones • Letárgico o inconsciente 	<p style="text-align: center;">Enfermedad muy grave</p>	<p>Clasificar en grupo dispensarial III.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1) • Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según <i>Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta</i>. • Considerar, de acuerdo con gravedad acceso venoso permeable.

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

<p>Si la respuesta es afirmativa, preguntar</p> <p>¿Desde cuándo?</p> <p>¿Tiene sibilancias?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Es el primer episodio? • ¿Es recurrente? • ¿Tiene cuadro gripal previo? • ¿Ha presentado períodos de apneas? • ¿Fue prematuro o morbilidad asociada? 	<p style="text-align: center;">OBSERVAR, ESCUCHAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar las respiraciones durante un minuto. • Verificar si hay tiraje subcostal. • Determinar si hay estridor en reposo. • Determinar si hay sibilancias.
---	---

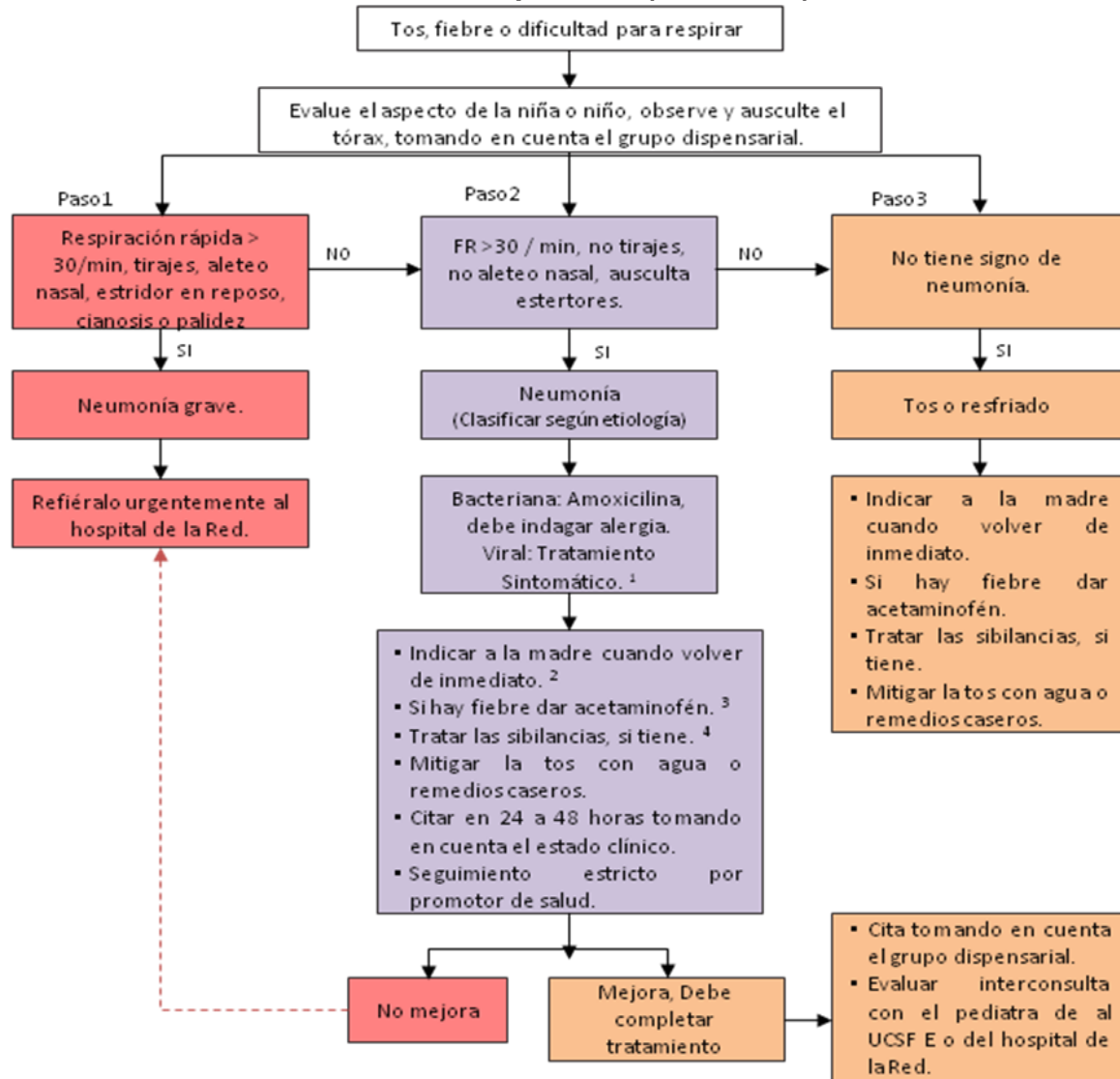
EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiraje subcostal y • Estridor en reposo • Aleteo nasal • Cianosis y/o palidez • Letárgico o inconsciente 	<p>Neumonía grave.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. • Acompañar al niño (a) al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según <i>Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta</i>. • Considerar, de acuerdo con gravedad, acceso venoso permeable. • Suministrar oxígeno 1 – 2 litros/minuto. • Posterior al alta dar seguimiento correspondiente por el Ecos Familiar y Ecos Especializado correspondiente.
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida: • Frecuencia respiratoria mayor de 30 por minuto. 	<p>Neumonía</p>	<p>Determinar el tipo de neumonía según la etiología (ver Tabla 1).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es bacteriana indicar un antibiótico durante 10 días, pág. 103. • Tratar las sibilancias. Ver flujograma pag. 103. • Si hay fiebre dar acetaminofén. • Indicar a la madre, padre o cuidador cuándo debe volver de inmediato. Entregar a la madre una hoja recordatoria: ¿Qué hacer si su niño tiene tos o dificultad para respirar? • Cita en 24-48 horas tomando en cuenta el estado clínico y aconsejar a la madre, padre o cuidador cuando volver de inmediato. • Seguimiento estricto por promotor de salud. • Seguimiento al cuarto día de haber iniciado tratamiento por el Ecos Familiar (medico, enfermera, o promotor de salud). • Aplicar formulario 1 (Registro de caso detectado con enfermedad respiratoria en centro educativo*).
<p>Ningún signo de neumonía o de enfermedad muy grave</p>	<p>Resfriado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mitigar la tos con un remedio casero. • Indicar a la madre, padre o cuidador cuándo debe volver de inmediato. • Si hay fiebre dar acetaminofén. • Educación sobre los signos de peligro según la edad del niño y la niña. • Cita a los 5 días. • Orientar a la madre, padre o cuidador que continúe con alimentación balanceada. • Entregar hoja recordatoria de signos de peligro. • Aplicar formulario 1 (Registro de caso detectado con enfermedad respiratoria en centro educativo). • Si hay historia de tos de más de 15 días, buscar nexo epidemiológico para descartar tuberculosis.

*Filtros para prevención de brotes por infecciones respiratorias en instituciones educativas, MINSAL.

Tabla 1. Características clínicas de la neumonía según etiología probable

Características	Viral	Bacteriana
Edad	Frecuente hasta el año de vida.	Frecuente de uno a menores de 10 años.
Fiebre	Usualmente menor de 38.5 °C	Usualmente mayor de 38.5 °C
Observación del tórax	Frecuentemente presencia de tiraje intercostal y respiración rápida	Frecuente presencia de tiraje subcostal y respiración rápida.
Sibilancias	Son muy frecuentes	Poco frecuentes
Estertores	Poco frecuentes	Muy frecuentes
Leucograma	Variable a predominio Linfocitosis.	Leucocitosis con neutrofilia

Flujograma de atención para niñas y niños 5 al menor de 10 años con tos o dificultad respiratoria (Neumonía)



1. Amoxicilina 250 mg/5 ml o Tableta de 500 mg a 80 – 90 mg/kg/día cada 8 horas por 10 días.
2. Entregar hoja recordatoria de signos de peligro.
3. Dar medidas antitérmicas y acetaminofén según peso de la niña o el niño.
4. Ver flujograma de atención de sibilancias.

Dar antibiótico oral para la neumonía u otitis media aguda.

Medicamento*	Presentación	Dosificación	Duración de tratamiento
Amoxicilina	Frasco con polvo para reconstruir (250 mg / 5ml) o tableta 500 mg.	80 - 90 mg / Kg / día cada 8 horas	<ul style="list-style-type: none"> • 10 días para neumonía. • 10 días para otitis media aguda.
Clarithromicina**	Frasco con polvo para reconstruir (250 mg / 5ml) o comprimido 500 mg	15 mg / Kg / día cada 12 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Por 7 días a 10 días.
Trimetoprim** sulfametoxazol	40 mg trimetoprim+ 200 mg sulfametoxazol por 5 ml o tableta de (160/800 mg).	10 mg / Kg / día cada 12 horas (en base al trimetoprim).	<ul style="list-style-type: none"> • 10 días para neumonía. • 10 días para otitis media aguda.

* De acuerdo a disponibilidad

** Alternativos para niños alérgicos a las penicilinas

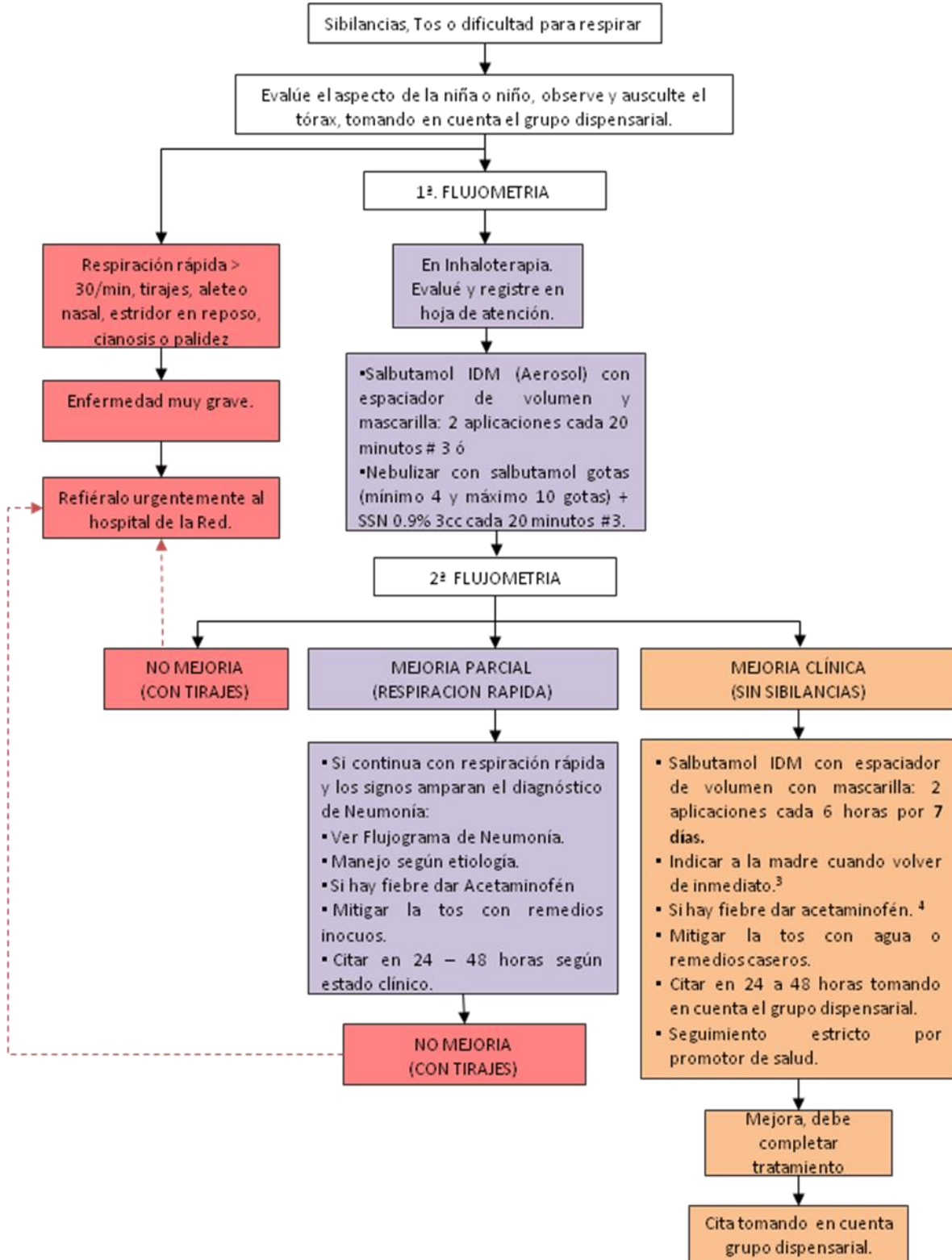
El personal de cualquier establecimiento de salud del primer nivel de atención, debe:

- Dar la primera dosis de medicamento.
- Enseñar a la madre, padre o cuidador como preparar y administrar el medicamento.
- Entregar a la madre, padre o cuidador el medicamento preparado (suspensión) con su copita dosificadora.
- Tomar en cuenta el número de frasco que dará de acuerdo con el volumen del frasco y días de tratamiento.
- Donde exista encargado de farmacia él será el responsable.

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

- Remedios inocuos que se pueden utilizar:
- Agua con manzanilla, agua miel, agua con eucalipto, agua con manzanilla.
- **No se deben utilizar** antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos ni mucolíticos para el tratamiento de la tos.

Flujograma de atención para niñas y niños de 5 años al menor de 10 años con sibilancias, no conocido por asma bronquial.



Manejo en crisis asmática

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Episodio agudo o subagudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disnea en reposo • Dificultad para alimentarse • Habla en palabras • Agitado (Alteraciones de la conciencia) • Sibilancias graves • Uso de músculos accesorios. • Frecuencia respiratoria aumentada. 	Crisis asmática severa	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. • Acompañar al niño (a) al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según “<i>Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta</i>”. • Considerar acceso venoso permeable, si no tolera vía oral. • Suministrar oxígeno humidificado a 1 – 2 litros/minuto. • Administrar salbutamol IDM (aerosol) con espaciador de volumen y mascarilla: 2 aplicaciones cada 20 minutos # 3, re evaluar al cumplir cada ciclo de dosis. • Para la fiebre dar acetaminofén. (Evaluar vía oral de acuerdo a estado de conciencia). • Según disponibilidad iniciar esteroides IV metilpredsilona, hidrocortisona o prednisolona oral si no hay compromiso grave de conciencia. • Posterior al alta dar seguimiento correspondiente por el Ecos Familiar y Ecos Especializado correspondiente.
<p>Episodio agudo o subagudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disnea al hablar. • Llanto débil y cortado. • Prefiere estar sentado • Habla en frases. • Sibilancias audibles sin estetoscopio. • Tirajes intercostales • Frecuencia respiratoria aumentada. 	Crisis asmática moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar salbutamol IDM (aerosol) con espaciador de volumen y mascarilla: 2 aplicaciones cada 20 minutos # 3 o nebulizar con salbutamol gotas (mínimo 4 y máximo 10 gotas) + SSN 0.9% 3cc cada 20 minutos #3, re evaluar al cumplir cada ciclo de dosis. • Después de observar una hora posterior a última aplicación de tratamiento hay mejoría con una valoración de pico flujo >80% después del uso del broncodilatador. <p>Dar alta con las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salbutamol IDM con espaciador de volumen 2 aplicaciones cada 6 horas por 7 días. • Educación al paciente y la familia sobre adherencia al tratamiento y evitar factores desencadenantes. • Cita en 24 horas para re evaluación y al finalizar tratamiento. • Visita integral por parte de promotor o promotora de salud. • Verificar el cumplimiento de seguimiento por pediatra y neumólogo.
<p>Episodio agudo o subagudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disnea leve que tolera al caminar. • Habla en oraciones • Llanto normal. • Puede estar agitado. • Sibilancias al final de la espiración. • Tirajes intercostales 	Crisis asmática leve	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar salbutamol IDM (aerosol) con espaciador de volumen y mascarilla: 2 aplicaciones cada 20 minutos # 3 o nebulizar con salbutamol gotas (mínimo 4 y máximo 10 gotas) + SSN 0.9% 3cc cada 20 minutos #3, re evaluar al cumplir cada ciclo de dosis. • Después de observar una hora posterior a última aplicación de tratamiento hay mejoría con una valoración de pico flujo >80% después del uso del broncodilatador. <p>Dar alta con las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salbutamol IDM con espaciador de volumen 2 aplicaciones cada 6 horas por 7 días. • Educación al paciente y la familia sobre adherencia al tratamiento y evitar factores desencadenantes. • Cita en 24 horas para re evaluación y al finalizar tratamiento. • Visita integral por parte de promotor o promotora de salud. • Verificar el cumplimiento de seguimiento por pediatra y neumólogo.

Para ampliar información consultar *Guías Clínicas de Pediatría*.

Para evaluación de pico flujo ver hoja y tabla en (Anexo 17)

Según disponibilidad se puede administrar antes de referir dosis de inicio de corticoesteroides como son: prednisona, prednisolona, metilprednisolona o hidrocortisona calculada a 1 mg/kg/dosis (máximo 60 mg día), no se ha identificado beneficio de dosis mayores de esteroides, ni sobre el uso de la vía IV u oral siempre y cuando la función gástrica no esté alterada.

Si su establecimiento no cuenta servicios de 24 horas, debe referir a su hospital de su red todo paciente que amerite continuar en observación.

Tratamiento en casa con broncodilatador:

Insumos necesarios:

- Salbutamol inhalador de dosis medida (IDM) spray y espaciador de volumen pediátrico.



Explique el procedimiento a la madre, padre o cuidador:

1. Lavado de manos con agua y jabón.
2. Limpiar la cara de la niña o niño.
3. Verifique que el espaciador este limpio y en buenas condiciones.
4. Verifique la fecha de expiración del inhalador y si este cuenta con medicamento para cumplir las dosis indicadas, caliéntelo en sus manos por 15 a 20 segundos.
5. Agítelo por unos 5 segundos.
6. Adapte la mascarilla correcta al espaciador de volumen según edad, a continuación, adapte el inhalador en la boquilla y asegúrese que no exista fuga por dicha abertura.
7. Presione la mascarilla suavemente y firmemente sobre la boca y nariz de la niña o niño, evitando que exista posibilidad de escape de medicamento.
8. Aplique el medicamento y deje que respire por unos 20 segundos sin retirar la mascarilla del rostro de la niña o niño.
9. Retire la mascarilla y el espaciador de volumen de la cara de la niña o niño, y repita el procedimiento para la segunda dosis a partir del paso 5.
10. Verifique y asegúrese que la madre, padre o cuidador ha comprendido, indicándole que ella haga el procedimiento a partir de la segunda dosis.
11. Evalúe dentro de los siguientes 20 minutos si la niña o niño continúa con la respiración rápida, cuantificándola en un minuto (revisar tabla de valores normales, ver anexo 12).
12. Si al ser evaluado continúa con valores fuera de los rangos normales, debe prepararse para referirlo en las mejores condiciones.
13. Explicarle y enseñarle a la madre, padre o cuidador, cuando es respiración rápida según la edad.



Cita para reevaluar al niño o niña con neumonía y sibilancias tomando en cuenta la clasificación del riesgo familiar y el grupo dispensarial

Si la niña o el niño presenta un nuevo problema, se debe evaluar, clasificar y tratar según el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR.

NEUMONÍA

Después de 24 horas:

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

Preguntar

- ¿El niño o niña respira más lentamente?
- ¿Disminuyó la fiebre?
- ¿El niño o niña está comiendo mejor?

Tratamiento:

- Si hay algún signo general de peligro, se debe referir URGENTEMENTE al Ecos Especializado o al hospital de la red, para que sea evaluado por pediatra.
- Si el niño o niña está tomando un antibiótico y continúa con frecuencia respiratoria rápida y fiebre, se debe continuar con el tratamiento y referir con el pediatra de la UCSFE u hospital de la red.
- Si la respiración ya no es rápida, si le disminuyó la fiebre o si come mejor, debe finalizar el tratamiento.

SIBILANCIAS

Después de 24 horas:

- Examinar al niño o niña para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar al niño o niña para determinar si tiene sibilancias.

Tratamiento:

Si hay algún signo general de peligro, se debe referir URGENTEMENTE a la UCSFE u hospital de la red.

- Si la frecuencia respiratoria, la fiebre y la alimentación siguen iguales, continuar con el broncodilatador inhalado y referir al pediatra de la UCSFE u hospital de la red.
- Si la respiración ya no es rápida, si le bajó la fiebre o si come mejor, continuar tratamiento hasta cumplir 7 días y evaluar el cumplimiento de ciclo de esteroide según edad.
- Al finalizar el tratamiento debe ser evaluado por el médico de mayor experticia de la UCSF.

¿Tiene la niña o niño diarrea?

Si la respuesta es afirmativa, preguntar.

- Características, número y frecuencia.
- ¿Desde cuándo?
- ¿Hay sangre en las heces?
- ¿Ha tenido vómitos en las últimas 24 horas?
- ¿Tiene una co morbilidad asociada?

Observar, determinar y palpar.

- Determinar el estado general de la niña o niño: letárgico o inconsciente, inquieto o irritable.
- Frecuencia cardíaca y llenado capilar.
- Determinar si tiene los ojos hundidos.
- Lloro con lágrimas.
- Ofrecer líquidos a la niña o niño: ¿bebe mal o no puede beber? ¿bebe ávidamente con sed?
- Determinar el signo del pliegue cutáneo en el abdomen, de forma perpendicular a la línea media clavicular lado derecho. ¿la piel vuelve al estado anterior muy lentamente? (más de dos segundos.) ¿lentamente? (menos de dos segundos).

Evaluar el riesgo social.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Con uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico o inconsciente. • No puede alimentarse • Ojos muy hundidos • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve al estado anterior muy lentamente. (Más de dos segundos). • Ausencia de diuresis, mayor de 12 horas. • Co morbilidad asociada. 	<p>Diarrea con des-hidratación grave.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar grupo dispensarial III • Referir al hospital de la red más cercano en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1) • Canalizar vena e iniciar rehidratación parenteral con cargas de solución salina normal o Hartman a 20ml/kg en 5-20 minutos, pudiéndose repetir hasta 3 ocasiones, previa evaluación. • Si responde a las cargas se debe trasladar con una vena permeable, calculando líquidos de mantenimiento por Holliday Segar. • Acompañar al niño o niña al hospital y esperar que sea recibido por el médico según Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta. • Visita de seguimiento por promotor en 24 horas.
<p>Dos o más de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquieto o irritable. • Ojos hundidos • Bebe ávidamente, con sed. • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior. (Menos de 2 segundos). 	<p>Diarrea con algún grado de des-hidratación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar grupo dispensarial III • Aplicar plan B de tratamiento para la diarrea (rehidratación oral en la URO del establecimiento de salud). • Dar zinc en niños o niñas en dosis de 20 mg o 10 ml, (5ml cada 12 horas) por 14 días (administrar la primera dosis en la URO) • Cita en 24 horas • Evaluar riesgo social • Visita de seguimiento por promotor(a) en 24 horas.
<p>No hay signos de deshidratación.</p>	<p>Diarrea sin des-hidratación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo ambulatorio con plan A de tratamiento para la diarrea para prevenir la deshidratación. • Dar zinc en niños o niñas en dosis de 20 mg o 10 ml, (5ml cada 12 horas) por 14 días (administrar la primera dosis en la URO) • Cita en 24 horas • Orientar a la madre o cuidador cuándo volver de inmediato. • Evaluar riesgo social • Visita de seguimiento por promotor(a) en 24 horas.

Cumplir con la toma de hisopado rectal de acuerdo con indicación institucional.

No olvidar que el rotavirus produce vómito y diarrea que deshidratan rápidamente y pueden llevar a la muerte. Todo paciente con diarrea sin deshidratación, pero con historia de vómitos debe observarse en la URO, para evaluar tolerancia a la vía oral, además evaluar riesgo social.

Si el niño o la niña tiene diarrea más de 14 días.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> Presenta signos de deshidratación. 	<p>Diarrea persistente grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> Clasificar en grupo dispensarial III. Referir urgentemente al hospital de la red más cercano, estable, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. Canalizar vena e iniciar rehidratación parenteral con cargas de solución salina normal o Hartman a 20ml/kg en 5 a 20 minutos, pudiéndose repetir hasta 3 ocasiones, previa evaluación. Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según <i>Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta</i>. Visita de seguimiento por promotor(a) en 24 horas.
<ul style="list-style-type: none"> No presenta signos de deshidratación 	<ul style="list-style-type: none"> Diarrea persistente 	<ul style="list-style-type: none"> Toma de exámenes: hemograma, EGH. Interconsulta con pediatra de la UCSFE u hospital de la red. Indagar sobre alimentación previa al inicio del cuadro diarreico. Entregar sales de rehidratación oral si se evidencia signos de deshidratación Dar recomendaciones a la madre sobre la alimentación de un niño con diarrea. Administrar zinc 10 ml cada día por 14 días, y Vitamina A 100,000 UI independientemente del esquema cumplido anteriormente. Visita de seguimiento por promotor en 24 horas. Cita para reevaluación en 5 días.

Si el niño o la niña tiene sangre en las heces

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> Sangre en las heces en las últimas 72 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Disentería 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar dando lactancia materna. Indicar examen general de heces + Prueba de azul de metileno (Si tiene laboratorio), dar tratamiento según hallazgos. Si no tiene laboratorio iniciar tratamiento con trimetoprim – sulfametoxazol o metronidazol (Ver página 110). Hacer cita de re evaluación en 24 horas (Ver página 112). Visita de seguimiento por promotor en 24 horas.

Nota:

- Los medicamentos se deben garantizar que la primera dosis debe ser proporcionada en el establecimiento de salud.
- Se debe de calcular el número de frascos que se le entregará al cuidador para cumplir con el tratamiento completo.
- Más del 85% de las diarreas son de origen viral, por lo que el uso de antibióticos está restringido para algunas diarreas de origen bacteriano.
- Para el ampliar sobre el tratamiento específico de parasitismo se debe consultar el apartado en las Guías Clínicas de Pediatría.

TRATAMIENTO PARA LA DIARREA

PLAN "A" "A"

TODOS NIÑO(A) MENOR DE 2 MESES CON DIARREA DEBERÁ REFERIRSE URGENTEMENTE AL HOSPITAL O INGRESARLO

Tratar la diarrea en casa para prevenir la deshidratación

Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en la casa:

1 DARLE MAS LÍQUIDOS DESPUÉS DE CADA EVACUACIÓN (todo lo que el niño(a) acepte)



- **DAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES A LA MADRE:**
 - * Darle el pecho con más frecuencia y durante más tiempo cada vez.
 - * Darle uno o varios de los siguientes líquidos: solución de SRO, líquidos caseros sin azúcar (como agua de arroz, agua de coco, refrescos naturales) o agua segura.
 - * **NO** dar bebidas gaseosas, ni líquidos azucarados, ni bebidas hidratantes para deportistas.
 - * Lavarse las manos y frotarlas con agua y jabón: Antes de preparar los alimentos, antes de alimentar al niño(a), después de usar la letrina, después de cambiar el pañal.
- **ENSEÑAR A LA MADRE A PREPARAR Y A DAR SRO. (ENTREGARLE DOS SOBRES DE SRO PARA USAR EN CASA Y DESECHAR EL SUERO ORAL QUE NO UTILIZO EN 24 HRS.).**
- **EXPLICAR A LA MADRE LA CANTIDAD DE LÍQUIDOS QUE DEBE DARLE AL NIÑO(A) EN CASA:**
 - * Como preparar el SRO (diluendo un sobre en un litro de agua segura, recordándole como medir un litro).
 - * Si el niño(a) no acepta el suero, no debe preocuparse y ofrecer los otros líquidos recomendados, de la siguiente manera:
 - Menor de 1 año: 50 a 100 ml (1/2 taza) después de cada evacuación.
 - Mayor de 1 año: 100 a 200 ml (1 taza) después de cada evacuación.
 - * Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquido con una taza y cucharita.
 - * Si el niño(a) vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente. Si el niño presenta dos o más vómitos en una hora, consultar **URGENTEMENTE** al establecimiento de salud.
 - * Continuar dando más líquidos mientras tenga diarrea.

2 NO SUSPENDER EL SEÑO MATERNO Y CONTINUAR ALIMENTÁNDOLO SEGUN SU EDAD

- * Dar alimentos suaves que al niño(a) le gusten, **NO** golosinas.
- * Recomiende a la madre de agregar un tiempo más de comida durante dos semanas después de haberse repuesto de la enfermedad.
- * Dar purés, no dar sopas.



3 NO AUTOMEDICAR DAR CONSEJERÍA A LA MADRE:

- * **NO** automedicar (no dar antidiarreicos ni antieméticos) y otros líquidos que no sean recomendados por el personal de salud.
- * **NO** usar Antibióticos sin prescripción médica.
- * **NO** llevarlos a los curanderos o sobadores.



4 CUÁNDO REGRESAR INMEDIATAMENTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

- **Quando presente los siguientes signos de peligro de la deshidratación:**
Mama mal o no puede mamar. Letárgico o inconsciente. Ojos hundidos, signo de pliegue. Vomita todo. Aumentan las evacuaciones.

EVALUAR EL RIESGO SOCIAL NOTIFICAR Y REFERIR AL PROMOTOR DE SALUD

- 1 Cita en 24 horas
- 2 Hacer énfasis a la madre de la importancia de llevar la referencia al promotor de salud para darle seguimiento al caso de su niño(a).
- 3 Dar tratamiento de ZINC según la edad.
- 4 Entregar a la madre la hoja recordatoria de COSIN sobre los signos de peligro de la diarrea.
- 5 Recordarle a la madre que la diarrea puede durar entre 5 a 7 días.

TRATAMIENTO PARA LA DIARREA CON DESHIDRATACIÓN

PLAN "B"

TODA NIÑA - NIÑO MENOR DE 2 MESES CON DIARREA DEBE REFERIRSE URGENTEMENTE AL ECOS ESPECIALIZADO O AL HOSPITAL DE LA RED

Tratar la deshidratación en las Unidades de Rehidratación Oral (URO) de los establecimientos de salud

Administrar durante cuatro horas en el establecimiento de salud, la cantidad recomendada de SRO, evaluándolo cada hora y posteriormente dos horas más con Plan "A" para asegurar que se encuentre hidratado y pueda ser enviado a su casa.

1

PESARLO Y DETERMINAR LA CANTIDAD APROXIMADA DE SRO QUE DEBERÁ ADMINISTRARSE DURANTE CUATRO HORAS

- La cantidad aproximada de SRO necesaria en ml para administrar en 4 horas, se calcula multiplicando el peso de la niña-niño en Kg. por 75 ml y se divide entre 4.
- Hacer la demostración de la preparación y administración del SRO a la madre o cuidador, dando con frecuencia pequeños sorbos de SRO con una taza y cuchara.
- Verifique que ingiera la cantidad administrada de SRO por hora.

2

EVALUAR LOS SIGNOS VITALES Y LOS SIGNOS DE LA DESHIDRATACIÓN DE ACUERDO AL ESTADO CLÍNICO CADA HORA

- Utilice la Hoja de Evaluación del tratamiento de la deshidratación por diarrea (Plan B)
- Evalúe cada hora el estado de hidratación tomando signos vitales y evaluando los signos de la deshidratación.
- Si presenta dos signos de deshidratación grave, REFERIR URGENTEMENTE al Ecos Especializado u hospital de la Red.
- Si vomita, espera 20 minutos y después continuar; pero más lentamente
- Si continua vomitando referirlo inmediatamente al Ecos Especializado u Hospital de la Red.
- Si es posible canalizar vena e hidratar antes de referir; 20 cc /kg cada 20 minutos en No. de 3.
- Si cuenta con laboratorio tomar Examen General de Heces (EGH). Prueba de Azul de Metileno (PAM), Hemograma Completo y General de Orina en la primera hora y decidir el tratamiento según resultado.



3

REEVALUAR CUATRO HORAS DESPUÉS:

- Reevaluar y clasificar la deshidratación, según signos vitales y los signos de la deshidratación.

Si continua deshidratado, canalizar acceso venoso y referirlo inmediatamente al Ecos Especializado u Hospital de la Red; no olvidar evaluar el riesgo social.

4

Si está hidratado continuar la hidratación oral con Plan A por dos horas más en el establecimiento y evaluar el riesgo social.



5

SI POSTERIOR A LAS SEIS HORAS SE ENCUENTRA HIDRATADO:

- Alta y control en 24 horas en el establecimiento.
- Enseñarle como preparar la solución de SRO en casa.
- Demostrarle la cantidad de SRO que debe administrar para terminar el tratamiento en casa.
- Entregarle 2 sobres de SRO.
- Dar todas las recomendaciones del Plan A de Tratamiento de la Diarrea y verificar que la madre las ha comprendido.



NO UTILIZAR ANTIEMÉTICOS NI ANTIDIARRÉICOS

Dar Antibiótico oral para disentería y sospecha de cólera.

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración de tratamiento
Trimetoprim sulfametoxazol	Suspensión trimetoprim 40 mg / 200 mg de sulfametoxazol en 5 ml o tableta (160 mg / 800 mg)	10 mg/kg/día cada 12 horas en base a trimetoprim.	Durante 5 días para disentería o diarrea bacteriana. Durante 3 días para cólera.
Metronidazol	Suspensión 250 mg / 5 ml o Tableta de 500 mg.	30 a 50 mg/kg/día cada 8 horas	Durante 10 días por sospecha de amebiasis.

* En caso de disentería si se cuenta con laboratorio hacer un examen general de heces.

Medidas preventivas

- Mejores prácticas de alimentación: selección de alimentos nutritivos y uso de prácticas higiénicas cuando se preparan.
- **Abastecimiento de agua:**
- El riesgo de diarrea se reduce si se utiliza agua limpia y protegida de contaminación.
- **Lavado de manos con agua y jabón:**
 - Todos los microorganismos que causan diarrea se propagan por las manos contaminadas con materia fecal.
 - Toda la familia debe lavarse las manos con agua y jabón:
 - Después de defecar.
 - Después de limpiar a un niño o niña que ha defecado.
 - Después de eliminar las heces del niño o niña.
 - Antes de manipular los alimentos
 - Antes de comer.
- **Inocuidad de los alimentos:**
 - No comer alimentos crudos de origen animal.
 - Lavar bien frutas, verduras y hortalizas enteras antes de comerlas.
 - Cocer los alimentos hasta que el calor llegue al interior.
 - Comer los alimentos cuando aún estén calientes o recalentarlos bien antes de comer.
 - Lavar y secar completamente todos los utensilios.
 - Proteger los alimentos de moscas utilizando cubiertas.
 - Uso de letrinas, eliminación higiénica de heces.

Cita para reevaluar al niño o niña con DIARREA tomando en cuenta la clasificación del riesgo familiar y el grupo dispensarial.

DIARREA CON O SIN DESHIDRATACIÓN (Después de 24 horas)

En la reevaluación del niño o niña, el personal de salud debe verificar:

1. Si el niño o la niña ha mejorado.
2. Si está cumpliendo el tratamiento indicado.
3. Evaluar nuevamente el estado de hidratación: los signos de la deshidratación y seleccionando el PLAN apropiado para continuar el tratamiento de acuerdo a la clasificación.
4. Dar recomendaciones de cuando volver de inmediato.

DIARREA PERSISTENTE

Después de 5 días: preguntar:

- ¿Continúa el niño o niña con diarrea?
- ¿Cuántas evacuaciones acuosas por día tiene el niño o niña?

Tratamiento:

- Evaluar nuevamente el estado de hidratación con los signos de la deshidratación y seleccionando el PLAN apropiado para continuar el tratamiento de acuerdo con la clasificación.
- Si la diarrea no ha parado y el niño o la niña continúa teniendo por lo menos tres evacuaciones acuosas por día, referirlo a la UCSFE u hospital, para la evaluación por pediatra.
- Si la diarrea paró (menos de tres evacuaciones acuosas por día), decir a la madre, padre o cuidador que continúe con las indicaciones de alimentación habitual para la edad del niño o niña.

DISENTERÍA

Después de 24 horas, el personal de salud debe:

- Evaluar al niño o niña con respecto a la diarrea.
- Consultar el cuadro "Evaluar y clasificar."

Preguntar:

- ¿Disminuyó la diarrea?
- ¿Persiste la sangre en las heces?
- ¿Bajó la temperatura?
- ¿El niño se está alimentando mejor?

Tratamiento:

- Evaluar nuevamente el estado de hidratación con los signos de la deshidratación y seleccionando el plan apropiado para continuar el tratamiento de acuerdo con la clasificación.
- Si la cantidad de evacuaciones, sangre en las heces y la fiebre sigue igual o ha empeorado, referir al Ecos Especializado u hospital para evaluación por pediatra.
- Si el niño o la niña evacua menos, no hay sangre en las heces, le ha disminuido la temperatura y está comiendo mejor, se debe continuar con el mismo antibiótico hasta terminarlo.
- Referir al promotor de salud para dar seguimiento del caso o citarlo al terminar el tratamiento.

**¿Tiene la niña o el niño fiebre?
Sospecha de enfermedad febril muy grave o dengue**

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Cualquier signo general de peligro o rigidez de nuca.	Enfermedad febril muy grave.	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital de la red más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. (Ver anexo 1) • Considerar de acuerdo con gravedad acceso venoso permeable. • Acompañar al niño (a) al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta.
Uno o más de los signos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico o inconsciente • Signos de choque: pulso débil, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar mayor de tres segundos y/o presión diferencial menor o igual a 20 mmHg, hipotensión en fase tardía. • Sangrado grave: hematemesis, melena. 	Dengue grave	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ABC y monitoreo de signos vitales • Referir urgentemente al hospital de la red más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. • Acompañar al niño (a) al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta. • Colocar acceso venoso y cumplir esquema de manejo de caso por dengue. Ver flujograma. • Tomar hemograma, sin embargo, el no disponer de un hematocrito no debe retrasar el inicio de la hidratación. • IgM al primer contacto. • Tratar fiebre y dolor con acetaminofén. • Si es necesario administrar oxígeno a un litro/minuto para menores de 12 meses y de 1 a 2 litros/minuto para mayores de 12 meses y menores de 5 años. • Posterior al alta dar seguimiento correspondiente por el Ecos Familiar y Ecos Especializado, según Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta. • Notificación de caso
Uno o más de los signos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Vómitos persistentes (tres vómitos en una hora o cuatro en seis horas). • Dolor abdominal persistente. • Caída brusca de la fiebre. • Inquieto o irritable • Sangrado de mucosas. • Hepatomegalia dolorosa mayor de 2 cms. • Hematocrito en aumento asociado con disminución de los niveles de plaquetas. • Comorbilidades asociadas (neuropatías, diabetes, hipertensión, cardiopatías, nefropatías, entre otras). • Evaluar riesgo social 	Dengue con signos de alarma	<ul style="list-style-type: none"> • Hidratación oral abundante (suero oral, leche, jugo de frutas, agua de arroz o agua de coco). • Acetaminofén 10 mg/Kg/dosis cada 6 horas. (máximo 90 mg/Kg/día) • No automedicar con AINES (diclofenac, ibuprofeno, naproxeno, dipirona, ni aspirina). • IgM a partir del quinto día de inicio de la enfermedad. • Notificación como caso sospechoso de dengue y toma de IgM para dengue a partir del 5° día de enfermedad). • Educación a la madre, padre o cuidador sobre signos de alarma y cuando volver inmediatamente. • Citar para re evaluación en 24 horas. • Valorar toma de hemograma de acuerdo al estado clínico del paciente. • Referencia al promotor de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre de dos a siete días de evolución, nexo epidemiológico de dengue (vive o ha viajado a áreas endémicas en los últimos catorce días) y dos o más de los siguientes signos: • Malestar general, mialgias/artralgias. • Cefalea / dolor retro ocular. • Exantema / rash • Anorexia y nauseas • Petequias y prueba de lazo (+) • Trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea, gastritis) • Leucopenia. 	Dengue sin signos de alarma.	<ul style="list-style-type: none"> • Hidratación oral abundante (suero oral, leche, jugo de frutas, agua de arroz o agua de coco). • Acetaminofén 10 mg/Kg/dosis cada 6 horas. (máximo 90 mg/Kg/día) • No automedicar con AINES (diclofenac, ibuprofeno, naproxeno, dipirona, ni aspirina). • IgM a partir del quinto día de inicio de la enfermedad. • Notificación como caso sospechoso de dengue y toma de IgM para dengue a partir del 5° día de enfermedad). • Educación a la madre, padre o cuidador sobre signos de alarma y cuando volver inmediatamente. • Citar para re evaluación en 24 horas. • Valorar toma de hemograma de acuerdo al estado clínico del paciente. • Referencia al promotor de salud.

Para el manejo de la fiebre por Chikungunya revisar el “Lineamientos técnicos para la prevención y control de la fiebre Chikungunya, MINSAL, Junio 2014”.
Para el manejo de la fiebre por Zika revisar el “Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con Zika”. MINSAL, Julio 2016.

Ante la sospecha de caso de zika al realizar acciones en la comunidad, indagar sobre sospechosos de casos en mujeres en edad fértil y embarazadas

Sospecha de paludismo o enfermedad febril

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Fiebre si vive o procede de un área híper endémica de paludismo.	Sospecha de paludismo	<ul style="list-style-type: none"> • Referir al hospital de la red más cercano. • Dar en el establecimiento una dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5 °C o más). • Tomar gota gruesa. • Notificación con la <i>Hoja de Estudio Epidemiológico de Caso</i> e informar al SIBASI y Región de Salud. • Dar seguimiento después del alta en el hospital.
Fiebre	Febril	<ul style="list-style-type: none"> • Dar en el servicio de salud una dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5 °C o más). • Tomar gota gruesa si no hay causa aparente. • Indicar a la madre, padre o cuidador cuando debe volver de inmediato. • Hacer cita para re evaluar en 24 horas después. • Si ha tenido fiebre todos los días durante más de 7 días, referir al hospital para una mejor evaluación. • Valorar toma de hemograma de acuerdo al estado clínico del paciente y EGO.

Dar acetaminofén para la fiebre mayor a 38.5 °C, dolor de oído o de garganta.

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración de tratamiento
Acetaminofen	Jarabe 120 mg / 5ml o Tableta de 500 mg.	10 – 15 mg/ Kg /dosis cada 6 horas	Mientras dure la fiebre.

Dosis máxima: 90 mg/kg/día.

Nota: respetar la dosis de acetaminofén y no abusar de su uso.

¿Tiene la niña o niño un problema de oído?

Si la respuesta es afirmativa	
Preguntar:	Observar (utilice otoscopio), palpar.
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene secreción de oído? • ¿Desde cuándo? 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay secreción de oído, tímpano rojo. • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Tumefacción dolorosa al tacto 	Mastoiditis.	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital de la red, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles (Ver anexo 1). • Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre. (38.5 °C o más) y/o el dolor. • Acompañar a la niña o niño al hospital y esperar a que sea recibido por el médico según Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta.
<ul style="list-style-type: none"> • Secreción visible del oído o historia de ésta, menor de 14 días. • Dolor de oído. • Abombamiento timpánico y enrojecimiento. 	Otitis media aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Dar un antibiótico oral durante 10 días. • Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre. (38.5 °C o más) y/o el dolor. • Secar el oído con mechas si hay secreción. • Seguimiento por promotor de salud al cuarto día, para verificar cumplimiento de indicaciones y recordar cita de re evaluación. • Hacer cita para reevaluar en cinco días después.
<ul style="list-style-type: none"> • Secreción visible del oído e historia de 14 o más días de evolución. 	Otitis media crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Secar el oído con mecha si hay secreción. • Referir al pediatra del Ecos Especializado o del hospital de la red para una mejor evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene dolor de oído y no secreción de oído. 	No tiene infección de oído	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a la madre, padre o cuidador no usar hisopo u otro objeto.

Enseñar a la madre, padre o cuidador como secar el oído

<p>Secar el oído por lo menos tres veces por día.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos con agua y jabón. • Colocar un paño absorbente, formando una mecha (no usar papel desechable). • Colocar la mecha en el oído externo del niño o la niña. • Retirar la mecha cuando esté empapada. • Con una mecha limpia, repetir el procedimiento hasta que el oído esté seco. • No dejar tapado el oído permanentemente.

¿Tiene la niña o niño un problema de garganta?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA	
PREGUNTAR:	OBSERVAR, PALPAR:
¿Tiene dolor de garganta?	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar si en el cuello hay ganglios crecidos y dolorosos. • Observar en la garganta si hay exudado blanco. • Observar si la garganta está eritematosa.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos, y • Exudado blanco en la garganta. 	Infección bacteriana de garganta.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar un antibiótico (ver cuadro abajo) y cumplir la primera dosis en el establecimiento de salud. • Dar un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta. • Dar en el establecimiento la primera dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5 °C o más) o para el dolor. • Citar a los cinco días (ver página 117).
<ul style="list-style-type: none"> • Garganta eritematosa o • Dolor de garganta sin ganglios del cuello, crecidos o dolorosos. 	Faringitis viral	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar para el dolor de garganta un remedio casero inocuo. • Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5 °C o más) o el dolor. • Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato.
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene dolor de garganta ni está eritematosa, ni exudados blancos, ni ganglios crecidos o dolorosos. 	No tiene faringitis	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la madre, padre o cuidador recomendaciones sobre signos de peligro.

* Recordar que en las niñas y niños hasta los 2 años, el 80% son infecciones virales.

Dar un antibiótico para la infección de garganta

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración
Penicilina benzatínica	Frasco vial 1.2 millones de UI	50,000 UI / Kg de peso sin sobrepasar 1,200,000 UI	Dosis única.
Amoxicilina	Suspensión en polvo (250 mg / 5 ml) o Tableta de 500 mg	80 – 90 mg/kg/día cada 8 horas	10 días
Claritromicina*	Suspensión (250 mg / 5 ml) o tableta de 500 mg.	15 mg/Kg/día cada 12 horas	7 días.

* Si es alérgico a la penicilina.

Cita para reevaluar a la niña o niño con otitis media tomando en cuenta la clasificación del riesgo familiar y el grupo dispensarial

Después de cinco días:

- Reevaluar el problema de oído. (Consultar el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR en página 115).
- Tomar la temperatura del niño o la niña.

Tratamiento:

- Si hay una tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja, referir URGENTEMENTE al Ecos Especializado o al hospital de la red.
- Otitis media aguda: si el dolor de oído o la secreción persiste, continuar con el mismo antibiótico durante cinco días más, hasta completar diez días, y continuar secando el oído con mechas. Citarlo para nueva reevaluación en cinco días.
- Si después de diez días de tratamiento, el niño sigue igual, referirlo al hospital.
- Otitis media crónica: comprobar que la madre esté secando el oído correctamente con mechas. Incentivarla para que continúe. Si la secreción persiste después de 2 semanas de secar adecuadamente el oído, referir al hospital.
- Si no hay dolor de oído ni secreción, elogiar a la madre por el tratamiento cuidadoso.
- Si todavía no ha terminado el tratamiento de cinco días con antibióticos, decirle que continúe administrándolo hasta que lo termine.

Cita para reevaluar a la niña o niño con infección bacteriana tomando en cuenta la clasificación del riesgo familiar y el grupo dispensarial.

A los cinco días:

- Reevaluar el problema de garganta (consultar el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR en página 116).
- Verificar la persistencia de ganglios linfáticos (crecimiento, tumefacción, movilidad, dolor y aumento en el número). Si persiste, referir al pediatra del Ecos Especializado o del hospital de la red.
- Examine garganta para ver exudados.

Explicar a la madre, padre o cuidador a administrar los medicamentos por vía oral en la casa

- Explicar a la madre, padre o cuidador seguir las instrucciones que figuran a continuación para todos los medicamentos orales que deban administrarse en casa. Seguir también las instrucciones del cuadro de dosificación para cada uno de los medicamentos.
- Determinar los medicamentos y dosis apropiados para la edad y el peso de la niña o niño.
- Explicar a la madre, padre o cuidador la razón por la cual se administra el medicamento de la niña o niño y sus posibles reacciones adversas.
- Explicarle cómo medir la dosis.
- Observar a la madre, padre o cuidador mientras mide la dosis.
- Pedir a la madre, padre o cuidador que administre la primera dosis de la niña o niño.
- Explicar minuciosamente cómo administrar el medicamento y después rotularlo y colocarlo en el envase (si corresponde).
- Si se debe administrar más de un medicamento, recoger, contar y envasar cada medicamento por separado (si corresponde).
- Explicar que todos los comprimidos, cápsulas y jarabes deben continuar administrándose hasta que termine el tratamiento, aunque la niña o niño mejore.
- Explicar a la madre, padre o cuidador que mantenga los medicamentos fuera del alcance de las niñas y niños.
- Cerciorarse que la madre, padre o cuidador haya comprendido todos los procedimientos precedentes antes de que se vaya del establecimiento de salud.

En el próximo control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño:

- Explicar a la madre, padre o cuidador cuándo debe volver o ser visitado en su domicilio, según riesgo, para las próximas vacunas según el esquema nacional de vacunación.
- Aconsejar a la madre, padre o cuidador cuándo volver o ser visitado en su domicilio, según dispensarización para el próximo control de crecimiento y desarrollo según lo establecido en los Lineamientos técnicos para Ecos Familiares y Ecos Especializados.

Verificar si presenta anemia.

El personal de salud debe OBSERVAR y DETERMINAR si tiene palidez palmar

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Palidez palmar o conjuntival leve 	<p>Anemia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial II. • Enviar examen de hemoglobina, frotis de sangre periférica y EGH, evaluar los resultados. <ul style="list-style-type: none"> - Anemia severa referir al hospital de la red. - Anemia moderada referir al pediatra de la UCSFE para estudio. - Anemia leve: administras 2 tabletas de hierro + ácido fólico cada día por 3 meses. • Dar recomendaciones de alimentación indicada para su edad • Dar consulta de seguimiento 30 días después e indicar examen de hemoglobina de control, mantener hasta cumplir tres meses de tratamiento. • Orientar a responsable sobre la prevención de anemia.
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene palidez palmar. 	<p>No hay anemia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar recomendaciones de alimentación adecuada para su edad. • Orientar a la madre, padre o cuidador responsable sobre la prevención de anemia.

Consultar valor de referencia para diagnóstico de anemia y valores normales. Ver anexo 13

Cita para reevaluar a la niña o niño de 5 al menor de 10 años con anemia tomando en cuenta la clasificación del riesgo familiar y el grupo dispensarial

<p>Anemia</p> <p>Dejar cita de control como máximo en 30 días después:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si hay intolerancia al hierro aconsejar dividir la dosis. • Recomendar administrar el hierro durante 3 meses. • Realizar examen de control de hemoglobina, al finalizar el tratamiento. • Si persiste hemoglobina abajo de 11 g/dl después de tres meses referir al pediatra de la UCSF Especializada u hospital de la red. <p>Dar a la madre, padre o cuidador las recomendaciones para mejorar la absorción del hierro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No dar el hierro junto a la leche o café. • Indagar y recomendar el no dar café a las niñas o niños, explicando además las consecuencias para su salud. • En los mayores de 1 año, administrar el hierro con un alimento cítrico (jugo de naranja, limonada).
--

**Evaluar, clasificar y tratar a las niñas y niños de 5 al menor de 10 años
expuestos a VIH y/o con sospecha de VIH y/o sífilis**

PREGUNTAR	OBSERVE Y EXPLORE
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se le ha realizado a la madre, o la niña o niño una prueba de VIH y/o serología para sífilis? • ¿Tiene resultados disponibles de las pruebas de VIH y/o serología para sífilis realizadas a la madre y al niño /niña? • ¿Los familiares cercanos de la niña o niño han tenido sintomatología para sospechar infección por VIH? • ¿Ha tenido la niña o niño antecedentes de uno o más de los siguientes problemas? <ul style="list-style-type: none"> • Neumonía recurrente • Diarrea persistente • Secreción de oído • Desnutrición • Retardo en el desarrollo • Infecciones bacterianas graves. • Familiares directos con VIH • Sintomático respiratorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis oral. • Inflamación de parótidas. • Linfadenopatía generalizada. • Dedos en palillo de tambor sin enfermedad cardíaca conocida. • Presencia de hepatoesplenomegalia. • Desnutrición.
	<p align="center">DETERMINAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado serológico de la madre o el niño o niña expuesto al VIH y/o sífilis • Y si tiene uno o más de los siguientes problemas: <ul style="list-style-type: none"> - Neumonía. - Diarrea persistente. - Secreción de oído aguda o crónica. - Desnutrición.

- Si no se ha realizado las pruebas para VIH y / o sífilis a la madre y al niño o niña, tomar prueba según indicación médica y citar en 24 horas para el resultado de los exámenes.
- Se dispensarizará en el grupo tres si se confirma positivo al VIH, y se debe dar tratamiento adecuado para sífilis
- Es importante verificar si la infección del infante es por transmisión vertical o abuso sexual.

Si la respuesta es afirmativa, entrar al cuadro a continuación y observar por las siguientes condiciones sugestivas de infección por VIH y/o sífilis

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • 2 o más condiciones clínicas y • No disponibilidad de pruebas 	<p>Sospecha de infección por VIH sintomática</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REFERIR INMEDIATAMENTE AL Centro de excelencia para niños con inmunodeficiencia (CENID/ Anexo Hospital Bloom) • Aconsejar a la madre, padre o cuidador sobre conductas de riesgo para infección por VIH.
<p>Uno o más de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Madre con prueba rápida positiva para VIH y/o serología para sífilis. • Sin resultado de la prueba serológica en el niño o la niña. • Una o más condiciones clínicas. • Factores de riesgo de padres o familiares directos: alta sospecha de VIH, ITS y muerte recientes de familiares, nuevos compañeros o múltiples compañeros sexuales. 	<p>Posible infección por VIH / expuesto al VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REFERIR INMEDIATAMENTE al Centro de excelencia para niños con inmunodeficiencia (CENID / Anexo Hospital Bloom).
<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de VIH negativa en la madre, y en el niño o la niña. • Factores de riesgo de padres o familiares directos: alta sospecha de VIH, ITS y muerte recientes de familiares, nuevos compañeros o múltiples compañeros sexuales. 	<p>RIESGO de infección por VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar a la madre, padre o cuidador sobre conductas de riesgo para infección por VIH. • Dar seguimiento al niño niña por la condición clínica que inicio la sospecha de VIH, descartar transmisión vertical o abuso sexual.
<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de VIH negativa en la madre y en el niño o la niña. • Sin signos clínicos para clasificar como infección sintomática sospechosa. • No conductas de riesgo para infección de VIH. 	<p>NO evidencia de infección por VIH y/o sífilis a la fecha.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar, brindar consejería y dar seguimiento a la infección actual. • Consejería a la madre sobre alimentación y su propia salud.

Atención nutricional del niño y la niña de 5 al menor de 10 años

Evaluar a las niñas y niños de cinco al menor de diez años con el índice masa corporal

DETERMINAR	PREGUNTAR
Pesar, tallar y determinar su estado nutricional utilizando el IMC	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántas veces come al día? • ¿Qué tipo de alimentos y bebidas consume? • ¿Qué cantidad de alimentos consume? • ¿Qué tipo de alimentos le da en los refrigerios? • ¿Realiza actividad física? ¿Qué tipo de ejercicio o pasatiempo realiza?
EVALUAR	
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Actividad física 	

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
IMC se encuentra por debajo de -3 D.E.	Desnutrición severa	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de otra patología • Evaluar la alimentación • Referencia a hospital • Seguimiento en la comunidad por equipo comunitario de salud para verificar cumplimiento de recomendaciones hospitalarias • Controles mensuales con pediatra y nutricionista • Si el establecimiento cuenta con cereal fortificado indicarlo.
IMC se encuentra entre -2 D.E y -3 D.E.	Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la alimentación • Brindar recomendaciones alimentarias para este grupo. • Seguimiento mensual • Indicar hemograma, EGH, EGO • Si el establecimiento cuenta con cereal fortificado indicarlo. • Si en tres meses no mejora, referirlo a pediatra y nutricionista.
Obtenga IMC. Determine el estado nutricional utilizando la gráfica para este grupo. IMC se encuentra arriba de +2 D.E	Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en el grupo dispensarial III, y evaluar la alimentación del niño o niña e informar a la madre sobre la alimentación indicada para su edad. (Ver página 123) • Control por pediatra o nutricionista de UCSFE u hospital de la red. • Indicar la realización de actividad física (Ver página 124) • Personal de salud comunitaria debe programar visitas de seguimiento para evaluar cumplimiento de indicaciones. • Si después de 2 meses no se evidencia mejoría, replantear plan de manejo. • En el próximo control de seguimiento al mes, si el niño o niña no mejora, referirlo a hospital para realizar pruebas bioquímicas según sospecha de patología. • Referir oportunamente frente hallazgos de resultados de pruebas o duda diagnóstica. • Referencia con psicólogo/a.
IMC se encuentra entre +1 D.E Y +2 D.E.	Sobrepeso	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en el grupo dispensarial II • Evaluar la alimentación • Restringir alimentos altos en grasa, azúcares y sal. • Brindar recomendaciones alimentarias para este grupo. • Seguimiento en el establecimiento para control en un mes • Seguimiento en la comunidad por equipo comunitario de salud para verificar cumplimiento de recomendaciones • Si en tres meses no mejora, referir a pediatra y nutricionista.
IMC se encuentra desde +1 D.E hasta -2 D.E.	Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar para que se continúe practicando una alimentación variada y natural, consumo de agua y actividad física.

Al diagnosticar desnutrición severa se debe referir al hospital de la red.

Clasificación de problemas del crecimiento.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> Talla según la edad se encuentra en el canal debajo de -3 DE. 	Retardo severo del crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> Clasificar en el grupo dispensarial III. Control y prevención de enfermedades infecciosas.
<ul style="list-style-type: none"> Talla según la edad se encuentra abajo de -2 hasta -3 desviaciones. 	Retardo del crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar alimentos fuentes de proteínas (según disponibilidad) Indicar complemento o suplemento nutricional (según disponibilidad) Visita domiciliar y monitoreo de la talla por tres meses consecutivos. Si no hay mejoría referir al Ecos Especializado o pediatra del hospital de su red.
<ul style="list-style-type: none"> La longitud/talla según la edad se encuentra arriba de -2 desviaciones estándar. 	Normal	<ul style="list-style-type: none"> Recomendaciones de alimentación según la edad

Recomendaciones de alimentación para niños y niñas de 5 al menor de 10 años

- El niño y niña debe realizar cinco tiempos de comida. Tres tiempos fuertes y dos refrigerios.
- No omitir tiempos de comida. El desayuno es un tiempo de comida muy importante; preferentemente incluir alimentos lácteos como leche, queso fresco, requesón o yogurt cada día.
- Ofrecer de refrigerio frutas y verduras. En el caso de utilizar aderezos, hacerlo con una pisca de sal y limón. Evitar acompañar con chile artificial.
- Estimular la ingesta de agua como mejor bebida, restringiendo y evitando el consumo de refrescos artificiales y bebidas carbonatadas (incluye tipo light o dietéticas); ya que contribuyen a la obesidad. Asegurarse que lleve agua para consumo al centro escolar.
- El uso de dulces, y caramelos debe ser muy limitado o excluido.
- Evitar alimentos bebidas y alimentos no saludables, por ejemplo, la comida rápida tipo: pizza, hamburguesa, hot dog, bebidas energéticas, embutidos, sopas instantáneas y otros de esta índole.
- Cuidar la preparación y selección de alimentos. Preferir alimentos frescos, no procesados.
- Limitar las preparaciones como frituras, por ejemplo: yuca frita, enchiladas, canoas, pastelitos, plátano frito, entre otros.
- Cuidar que el ambiente que rodea la comida sea agradable.
- Si la niña o niño no quiere comer, esperar un tiempo prudencial, no ofrecer golosinas.
- Establecer horarios y un lugar apropiado para comer.
- No permitir el juego ni ver la televisión mientras se come.
- Tener en cuenta las preferencias y aversiones del niño sobre los distintos alimentos.
- Los alimentos se deben presentar en forma atractiva y variada, teniendo en cuenta los gustos del niño o la niña.
- Comer en familia siempre que se pueda.
- Estimularles a colaborar en poner la mesa y en participar en la elaboración de los alimentos.

Recomendaciones de actividad física para niños y niñas de 5 al menor de 10 años

Las recomendaciones sobre actividad física en niños y jóvenes se mantienen en 60 minutos de actividades cada día de la semana. Inclusive este volumen podría incrementarse si el niño o niña presenta obesidad.

Si el niño o niña está empezando a comportarse activamente, comience con actividades moderadas (por ejemplo 30 minutos al día) e ir aumentando progresivamente.

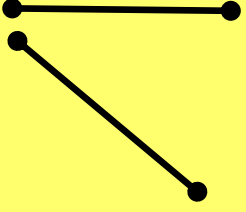

Características de la actividad física en el niño y niña:

- Basadas en juegos pre-deportivos
- Poco sistemática o no estructurada
- Divertida
- No competitiva en el sentido de que los adultos le dan a la competencia
- Con reglas flexibles
- Rica en demandas motrices, destrezas y habilidades
- Preferentemente grupal
- Incluyendo elementos como pelotas, aros, colchonetas y otros elementos de la naturaleza como césped, árboles, pendientes, entre otros.
- De larga duración con intensidades variables (ejemplo: caminata o trote, seguido de carreras en velocidad, fuerza de trepada, saltos en diferentes direcciones, lanzamiento de objetos, entre otros).
- La actividad física forma parte de la vida cotidiana
- Auto regulación del esfuerzo.

El personal de salud debe apoyar a la madre, padre o cuidador de la niña o niño de 5 al menor de 10 años, en solucionar problemas de alimentación.

Problemas	Posibles soluciones
Si la niña o niño no consume la cantidad, frecuencia o tipo de alimentos adecuados.	<ul style="list-style-type: none"> • Dele de comer por lo menos 5 veces al día, pueden ser 3 comidas más 2 refrigerios. • Que la madre busque alimentos que le gusten al niño - niña, pero no golosinas. • No dar sopas, sino alimentos sólidos. • Sírvale su comida en un plato. • No deben darse líquidos antes y durante la comida. • Los líquidos deben darse después de la comida. • No dar café, sino una bebida como: atol de maíz, refresco de fruta natural, u otro disponible (no bebidas artificiales).
El niño o la niña no quiere comer.	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar la forma de que el niño coma, ofreciendo los alimentos con paciencia y cariño, buscando alimentos que al niño o niña le gustan (no golosinas). • Los niños y niñas se distraen fácilmente durante las comidas, por lo que la familia debe estar pendiente de que se terminen toda la comida que se le sirve en su propio plato. • Incorporarlo al grupo familiar durante las comidas. • Evitar distractores a la hora de comer (TV, otros).
Si el niño o niña no gana peso.	<ul style="list-style-type: none"> • Dígale a la madre que se siente con la niña o niño y lo estimule para que coma. Debe tener paciencia. No forzarlo. • Dar un alimento frito al día: plátano frito, papas fritas, crema y otros. • Agregar por lo menos 1 alimento frito al día.

Evaluar la tendencia de crecimiento de la niña o niño de 5 al menor de 10 años

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene tendencia horizontal o descendente en la gráfica de crecimiento peso/edad según sexo (Ver en anexos) 	<p>Tendencia Inadecuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Investigar la causa de crecimiento inadecuado. Evaluar el desarrollo. Evaluar la alimentación (calidad, cantidad y frecuencia) Informar sobre alimentación para la edad con énfasis en aumentar la frecuencia, cantidad y consistencia. (Ver página 126) Suplementación con micronutrientes según la edad. Referencia al Ecos Familiar o promotor de salud para dar seguimiento a los 7 y 15 días y verificar cumplimiento de las recomendaciones de alimentación. Control en 30 días para evaluar la tendencia de crecimiento. Si tiene crecimiento inadecuado durante dos meses seguidos indicar: hematocrito, hemoglobina, EGH y EGO; referir con pediatra o nutricionista. Indicar un antiparasitario, en caso de que lo amerite. Revisar y cumplir el esquema nacional de vacunación. Dar seguimiento por el equipo de salud correspondiente.
<p>Peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene tendencia ascendente en la gráfica de crecimiento peso/edad según sexo (Ver en anexos) 	<p>Tendencia adecuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Felicitar a la madre por el crecimiento adecuado de su niño o niña. Aconsejar sobre la alimentación indicada según la edad. (Ver página 123). Continuar con los controles subsecuentes establecidos en los Lineamientos técnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados. Indicar la suplementación preventiva con micronutrientes según la edad. Medir el perímetro cefálico en el niño o niña menor de 2 años. Evaluar el desarrollo según la edad. Dar el tratamiento antiparasitario, según lineamiento. Revisar y cumplir el esquema nacional de vacunación.

Recomendaciones generales para la alimentación de la niña o niño sano

- Explicar la importancia de dar comidas espesas y no ralas como las sopas.
- Darle la comida en un plato y cubiertos destinados sólo para la alimentación del niño o niña.
- Orientar a la madre, padre o cuidador que debe incluir alimentos ricos en vitaminas y minerales: hojas de espinaca, mora, chipilín, mango, papaya, entre otros.
- Explicar a la madre, padre o cuidador sobre las consecuencias de dar bebidas gaseosas, refrescos artificiales, café o golosinas.
- Hacer énfasis en la manipulación sanitaria de los alimentos, lavado de manos con agua y jabón y el almacenamiento sanitario de los alimentos crudos y cocidos.
- Recomendar alimentos de acuerdo con el poder adquisitivo de la familia.
- Procure que el momento de alimentar a su niño o niña sea tranquilo y libre de distracciones. Recomiende no comer viendo la televisión.
- Recomendar a la madre que al momento de la alimentación no le ofrezca ningún líquido, hasta después de consumirlos.
- Establecer horarios de comida y refrigerios de acuerdo con la edad.

Recomendaciones alimentarias para niños y niñas con sobrepeso y obesidad

- Determinar el tipo de alimentos que niño y niña está consumiendo.
- Seguir las indicaciones de alimentación de la niña y niño sano, tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:
- Darle a la niña o niño tres tiempos de comida y dos refrigerios (a media mañana y media tarde).
- Ofrecerle refrigerios saludables como frutas y verduras, cortadas en trocitos.
- Aumentar el consumo de fibra, aumentando el consumo de frutas y verduras de temporada (al menos 5 al día). Frutas: naranja, mandarina, mango, sandía. Verduras: lechuga, tomate, zanahoria, pepino, guisquil, ayote y pipián entre otros.
- Sustituir alimentos fritos por preparaciones sin grasa.
- Evitar manteca, margarina en las preparaciones y sustituir por aceite.
- Seleccionar carnes con poca grasa: antes de cocinarlas, separar la grasa de la piel.
- Evitar el exceso de sal en los alimentos.
- Evitar consumo de alimentos procesados, preferir alimentos frescos y naturales.
- Disminuir el consumo de azúcar: refrescos artificiales, gaseosas, sorbetes, chocolates, dulces, pasteles y pan dulce, entre otros.
- Consumir agua segura (4-6 vasos al día).
- Consumir productos lácteos 3 veces al día, de preferencia descremados: leche, yogurt, queso fresco o requesón.
- Presentar los alimentos servidos al niño o niña de manera atractiva (en colores y texturas).
- Realizar el tiempo de comida en la mesa con un ambiente tranquilo y en familia, sin distractores como la televisión.
- No utilizar alimentos dietéticos.
- Es importante que el cambio a una alimentación saludable se haga de forma paulatina, con alternativas u opciones en preparaciones agradables y accesibles a la economía de la familia.
- Para que el niño - niña se adapte al cambio de hábitos, toda la familia debe unirse al mismo esfuerzo.

NOTA: Reforzar consejería a la madre consultar la Guía de alimentación de la familia salvadoreña.

Actividad física en la prevención y control de la obesidad infantil

- Recomendar actividad física como complemento de una alimentación saludable que puede realizarse cada día en cualquier espacio, en forma de deporte, juegos, recreación u otros, preferentemente con otros niños.
- Cualquier actividad física que realiza la niña o niño debe ser supervisada por un adulto.
- Las recomendaciones de actividad física se basan en la siguiente pirámide:
 - Primer nivel de la pirámide (la base): son las actividades diarias como jugar fuera, ayudar en las tareas de la casa, caminar, jugar con el perro, bailar.
 - El segundo nivel de la pirámide: Es el ejercicio recomendado de tres a cinco veces por semana: jugar basquetbol, fútbol, béisbol, andar en bicicleta, saltar la cuerda, correr o natación.
 - El tercer nivel de la pirámide: consta de ejercicios de flexibilidad y fuerza recomendados de dos a tres veces por semana, como practicar artes marciales, gimnasia o baile, entre otros.
 - Cuarto nivel de la pirámide: finalmente en la parte más angosta de la pirámide se localizan las actividades que no requieren movimiento físico, como ver la televisión, juegos de videos, jugar en la computadora, las que deben evitarse.



Cita para reevaluar a la niña o niño con problemas de obesidad o sobrepeso

Después de 30 días:

- Pesar y tallar al niño o niña.
- Reevaluar la alimentación.
- Verificar actividad física.

Seguimiento:

- En el caso de sobrepeso, si gana peso (IMC) de forma evidente, aconsejar a la madre sobre la alimentación adecuada y los riesgos de llegar a obesidad.
 1. Si al plotear en la gráfica de IMC, después de 3 controles, el punto se acerca más a la línea de obesidad: referirlo al nutricionista o pediatra.
 2. Si al plotear en la gráfica de IMC, después de 3 controles, el punto se acerca más a la línea de normal: dar educación alimentaria nutricional y continuar con controles de acuerdo con los Lineamientos técnicos para Ecos Familiares y Ecos Especializados.
- En el caso de obesidad, si gana peso (IMC) de forma evidente, informar a la madre sobre la alimentación indicada y los riesgos de la obesidad. Después de 2 controles evaluar nuevamente con el índice IMC:
 1. Si al plotear en la gráfica IMC, después de 2 controles, el punto se ubica en el canal de obesidad y la tendencia de peso incrementa debe referir al nutricionista o pediatra.
 2. Si al plotear en la gráfica IMC, después de 2 controles, el punto se acerca más a la línea de sobrepeso: dar educación alimentaria nutricional y continuar el manejo del sobrepeso como se ha detallado anteriormente.

Recomendaciones de alimentación para niños y niñas enfermos y en recuperación

- Continuar con la alimentación, pero en pequeñas cantidades y más veces al día. Los alimentos no le van a hacer daño.
- Buscar alimentos suaves, como arroz, plátano sancochado, verduras o papas salcochadas.
- Buscar la forma de que el niño coma, ofreciendo los alimentos con paciencia y cariño, buscando alimentos que al niño o la niña le gusten (no golosinas). El apetito mejorará a medida que el niño se recupere.
- Agregar sal, limón o azúcar para mejorar el sabor de las comidas.

Si hay diarrea:

- Evitar la leche de vaca en polvo o fluida, los alimentos muy azucarados o con mucha grasa, porque pueden aumentar la diarrea.
- Aumentar la ingesta de líquidos como: suero oral, agua segura, agua de arroz, agua de coco.
- Evitar el consumo de alimentos procesados como jugos, bebidas gaseosas y otros.
- Ofrecerle siempre los alimentos en pequeñas cantidades con consistencia suave.

Si hay problemas respiratorios:

- Evitar alimentos como: limón, naranja, mandarina, mango verde, piña, marañón, sandía.
- Aumentar la ingesta de líquidos como agua segura, agua miel, agua de manzanilla.
- Dar alimentos fritos como frijoles, plátano frito, papa frita para mejorar el sabor y reponer la energía perdida.
- Recomiende a la madre limpiarle la nariz al niño o niña, ya que eso le dificulta la alimentación.

Evaluar, clasificar y tratar el desarrollo de la niña o niño.

PREGUNTAR
A la madre: sobre el desarrollo de su niña y niño. ¿Qué es lo nuevo que ha hecho su hija o hijo?
VERIFICAR
<ul style="list-style-type: none">• Presencia de signos de peligro.• Si la niña o niño tiene alteraciones fenotípicas (malformaciones congénitas)• Factores de riesgo que pueden afectar el desarrollo:<ul style="list-style-type: none">a) Riesgos genéticos: desórdenes médicos definidos, especialmente los de origen genético (errores innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el síndrome de Down y otros síndromes genéticos).b) Riesgos biológicos: prematurez, hipoxia cerebral grave, kernicterus, meningitis y encefalitis.c) Riesgos socio-ambientales: falta de afecto y cariño por parte de la madre, padre o cuidador, las condiciones de vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la comunidad, violencia intrafamiliar.d) Maltrato infantil:<ul style="list-style-type: none">○ Maltrato físico es toda agresión que provoca daño en el cuerpo como: moretones, cortaduras, quemaduras, marcas de golpes.○ Maltrato emocional o psicológico es cuando los adultos hacemos sentir mal a la niña o niño, gritándoles, avergonzándolos, rechazándolos entre otros.○ Maltrato por negligencia o descuido consiste en que, aun existiendo los medios para hacerlo, las necesidades de alimentación, abrigo, salud, higiene, cuidado y vigilancia de las niñas y niños no se atienden en el momento indicado.○ Maltrato sexual es cualquier clase de agresión con intenciones sexuales que una persona adulta (niña o niño mayor) realiza a otros niños o niñas. <p>Siempre verifique los hitos del desarrollo de la niña y el niño de 5 a menores de 10 años, según Anexo</p> <ul style="list-style-type: none">• Indague junto con los padres o profesores si puede hacerlo solo, con ayuda o no lo puede hacer, cualquiera de los hallazgos debe quedar registrado en el expediente.• Revise el expediente para indagar si previamente existía un problema en el desarrollo.• Debe clasificar en riesgo o adecuado. <p>Para el trabajo conjunto con el MINED debemos de conocer lo siguiente:</p> <p>Al ingresar a la educación inicial y parvularia se realiza una entrevista inicial a cada responsable de cada niña o niño a matricular. Obteniendo su historial que queda en su expediente único de estudiante, durante el año escolar realizan otras 2 evaluaciones: una intermedia y otra final, se hace con un instrumento que evalúa las pautas psicopedagógicas esperadas. Además, cuando la niña o niño cumple año de edad, se aplica la escala del neurodesarrollo adaptada a la formulada por la CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades), la que señala ALERTAS, al identificarse se refiere con el COR (Centro de Orientación y Recurso) donde se hará nuevas evaluaciones por un equipo multidisciplinario (psicólogo, fisioterapeuta, pedagogo o pedagoga, entre otros.) para retornar al niño o niña a su centro escolar con una adecuación curricular; en el caso de la referencia al MINSAL es con un enfoque clínico siendo necesario realizar una referencia o retorno, en especial en aquellos casos que sea necesario seguimiento con sub especialistas o cumplimiento de medicamentos.</p>

Clasifique la condición de desarrollo de la niña o el niño en base a la evaluación anterior

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Microcefalia, macrocefalia o asimetría en posturas del movimiento. • Hipotonía. • Hipertonía. • No puede hablar o es poco entendible. • Fijación de la mirada sin objetivo. • Pobre respuesta a estímulos externos. 	<p align="center">Probable problema neurológico y/o genético</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial III • Interconsulta inmediata con pediatra del Ecos Especializado o con pediatra del hospital de la red.
<ul style="list-style-type: none"> • Malformaciones que NO ponen en peligro la vida 	<p align="center">Malformaciones anatómicas visibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial IV. • Interconsulta con pediatra de la UCSFE o con pediatra del hospital de la red.
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de una o más de las habilidades para el grupo de edad que pertenece el niño o niña. 	<p align="center">Riesgo en el desarrollo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificar en grupo dispensarial II • Haga una consulta de seguimiento y control a los 30 días, si el problema persiste refiere para evaluación a médico pediatra de la UCSFE u hospital de la red. • Valoración por equipo multidisciplinario de la UCSFE. • Aconseje a la madre o acompañante sobre la estimulación del desarrollo del niño o niña de acuerdo a su edad, en el caso de riesgo. • Dar seguimiento a nivel escolar con profesor responsable. • Seguimiento según el grupo dispensarial.
<ul style="list-style-type: none"> • Cumple con todas las habilidades para el grupo de edad al que pertenece el niño o niña y no hay factores de riesgo. 	<p align="center">Desarrollo infantil adecuado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería sobre evaluación del desarrollo de la niña o niño según edad. Seguimiento según el grupo dispensarial.

Recuerde: si el niño o niña es referido por el docente y/o director de un centro educativo se debe de generar un retorno, para anexarlo a su expediente estudiantil.

Recomendaciones de estimulación para desarrollo en las áreas: motora gruesa, motora fina, cognitiva, lenguaje, socio afectiva, de 5 a menores de 10 años.

ÁREA A ESTIMULAR	ACTIVIDADES A ESTIMULAR
Motora gruesa	<ul style="list-style-type: none"> • Darle tareas de la casa de acuerdo con su capacidad independientemente del sexo (Ej.: arreglar la mesa para comer, detalles de su cuarto, ordenar sus juguetes, útiles escolares, entre otros.)
Motora fina	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la expresión gráfica con crayones, lápices (carbonilla), pinceles, arcilla. • Anticipar sobre su aumentada necesidad de actividad física (uso de bicicletas, patines, juegos con reglas en equipos). • Favorecer el entrenamiento con los juegos reglados. • Orientar a los padres sobre el riesgo de subirse a los árboles, cruzar las calles, viajar en autobús, manejo de medicamentos.
Cognoscitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Pregúntele los nombres de los miembros de la familia. • Explíquele para que sirven los objetos de la casa. • Repítale las fechas de eventos importantes en su familia • Explíquele los conceptos de mucho, poco o igual. • Siempre responda sus preguntas de manera sencilla, aunque estas sean difíciles de explicar. • Realice juegos como el estar en un almacén, una tienda, mercado, o profesiones. • Ayúdele en las tareas, pero sin hacerlas por él o ella.
Socio afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudarle dándole ejemplos de justicia, solidaridad, respeto honestidad y disciplina. • Ayudarle a adquirir hábitos higiénicos, baño diario, cepillado de dientes, ejercicios físicos, alimentación adecuada. • Darle confianza para que denuncie si alguien intenta manosearle sus partes íntimas o es maltratado/a con palabras, gestos, entre otros. • Animarle a realizar tareas de la casa de acuerdo a su capacidad independientemente del sexo o género. Ejemplos: arreglar la cama, la mesa, ordenar sus juguetes y los cuadernos. • Reconocer la importancia de las relaciones de amistad y de la formación de grupos de amigos y amigas. • Apoyar a los padres para el reconocimiento de la masculinidad o feminidad del hijo o la hija. • Reforzar la participación de los padres en las reuniones de la escuela y estar informado/a continuamente sobre el rendimiento escolar, participar en la supervisión de sus tareas escolares. • Advertir a los padres sobre los riesgos de la televisión, juegos electrónicos, ciber. • Recomendar a la familia solicitar ayuda del profesional especialista cuando el niño o niña presenta problemas en su desarrollo: rendimiento escolar esperado para su edad, falta de relacionamiento. • Evitar escenas de violencia.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar para que cuente sus relatos de experiencias diarias. • Oriente que mantenga una conversación lógica. • Juegue o participe con el niño o la niña en actividades que lleven procesos matemáticos y lo diga en voz alta. • Permita que lea cuentos y en aquellos que se le dificulta ayúdelo para evitar frustración. • Cuénteles adivinanzas, chistes que ponen en juego estos esquemas de pensamiento.

Recomendaciones de actividades para estimular a la niña o niño.

Las siguientes recomendaciones deben ser explicadas a la madre, cuidador o familiar:

- La principal recomendación para estimular al niño o niña de cualquier edad es el amor, ya que sentirse amados y queridos es fundamental para su desarrollo integral y les permite sentirse seguros del respaldo afectivo de quienes les rodean.
- Desde que nacen, una de las mayores necesidades de todos los niños o niñas es el contacto físico con otras personas, ser tocados y acariciados con respeto, tomados en brazos, que alguien les hable, ver caras y expresiones familiares y sentir reconocida su presencia.
- Los niños y las niñas necesitan mirar, escuchar, observar y tocar objetos nuevos e interesantes y jugar con ellos. Así comienza su proceso de aprendizaje.
- Lo más importante para un bebé es escuchar el sonido de voces humanas y ver caras humanas. Nunca debe dejarse solo a un niño o niña durante períodos prolongados de tiempo.
- El ejemplo de las personas adultas y de otros niños y niñas de más edad influye más que las palabras u "órdenes" en la formación del comportamiento y la personalidad del niño y niña durante su desarrollo. Si los adultos manifiestan su enfado con gritos, agresividad y violencia, los niños y niñas aprenderán que esa es la conducta adecuada. Si los adultos tratan a los niños, niñas y demás personas con amabilidad, consideración y paciencia, los pequeños también seguirán su ejemplo.
- La estimulación temprana es indispensable para el desarrollo de la inteligencia y las habilidades mentales, por lo que las personas que rodean a los niños y las niñas deben siempre hablarles, jugar y sobre todo quererlos.
- A los niños y niñas hay que hablarles siempre se les debe hablar, suave y amistoso, y hay que abrazarlos cariñosamente, sonreírles, escucharlos y alentarlos a responder a esos estímulos con gestos, palabras o frases.
- Jugar es la actividad más importante de los niños y las niñas y no debe ser menospreciada por los padres, debido a que el juego les permite desarrollar habilidades sociales, mentales y físicas, incluyendo el hablar y el caminar. El juego estimula la curiosidad e invita al niño o la niña a explorar, reflexionar y pensar. El juego ayuda a desarrollar la creatividad y la imaginación.
- Por tal razón las actividades de estimulación que se recomendarán estarán establecidas por edades y deben ser implementadas como juegos y complementadas con prácticas de la región comunidad como rimas, canciones, historias, entre otras.

Evaluar el estado de salud bucal de la niña o el niño de 5 años al menor de 10 años.


El personal de salud debe evaluar el estado de salud bucal de la niña o el niño de 5 al menor de 10 años.



PREGUNTAR	OBSERVAR
<ul style="list-style-type: none"> • ¿La niña o el niño presenta algún diente? • ¿La niña o el niño tiene dolor en algún diente? • ¿El dolor es intenso y permanente? • ¿El dolor es al calor o al frío? • ¿Tiene fractura en algún diente? • ¿Tiene dolor o laceración en lengua o encías? • ¿Consume dulces? • ¿Se chupa el dedo? • ¿Se chupa el labio? • ¿La niña o niño se muerde las uñas u otros objetos? 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta tumefacción de la cara • Presenta fístula intra o extraoral • Presenta caries superficiales (manchas negras o huecos pequeños) • Existen muelas fracturadas • Hay chupeteo de dedo o de labios • Respiración bucal • Mordisqueo de uñas • Corona o raíz fracturada • Diente desalojado del alvéolo

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor dental intenso y permanente al calor o al frío, al masticar o espontáneo. • Fiebre • Mal aliento • Absceso en la mucosa cercana al diente 	Infección dental aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a odontología de su establecimiento de salud. • Iniciar tratamiento con antibiótico y analgésico. • Amoxicilina (50 mg/kg/día dividido en 3 dosis) y acetaminofén (10 – 15 mg/kg/dosis). • Si la atención se realiza en la comunidad, referir al promotor de salud para asegurarse de que la niña o el niño sea llevado a odontología.
<ul style="list-style-type: none"> • Pieza dental destruida sin dolor. • Puede haber fístula intra o extra oral. • Mal aliento 	Infección dental crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a odontología de su establecimiento de salud o del establecimiento de salud más cercano • Si la atención se realiza en la comunidad, referir al promotor de salud para asegurarse de que la niña o el niño sea llevado a odontología • Consejería sobre: técnicas adecuadas de higiene oral (ver página134)
<ul style="list-style-type: none"> • Diente con mancha o descalcificación. • Presencia de cavitación u orificio en los dientes 	Caries dental	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a odontología de su establecimiento de salud o del establecimiento de salud más cercano. • Iniciar tratamiento con analgésico y antiviral • Acetaminofén (10-15 mg/Kg/dosis). • Aciclovir (20 mg/kg/dosis cada 6 horas) por 5 días.
<ul style="list-style-type: none"> • Vesículas o úlceras dolorosas en tejidos blandos (labios, encías, carrillos, lengua) 	Estomatitis herpética	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a odontología de su establecimiento de salud o del establecimiento de salud más cercano. • Iniciar tratamiento con analgésico y antiviral • Acetaminofén (10-15 mg/Kg/dosis). • Aciclovir (20 mg/kg/dosis cada 6 horas) por 5 días.
<ul style="list-style-type: none"> • Encía inflamada con hematoma y dolor 	Hematoma de la erupción	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a odontología de su establecimiento de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Diente desalojado del alvéolo dental o avulsión dental • Fractura de la corona o raíz 	Trauma dental	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar tratamiento con analgésico, acetaminofén (10 – 15 mg/kg/dosis).
<ul style="list-style-type: none"> • Dientes en mal posición por chupeteo de dedo o de labio. • El niño se chupa el dedo o el labio • Dientes con desgaste • El niño se muerde las uñas u otros objetos. 	Malos hábitos orales	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a odontología de su establecimiento de salud.

<ul style="list-style-type: none"> • Dientes sin caries, pero con placa blanquecina adherida a la pieza dental (placa bacteriana). • Mal aliento • El niño o la niña es alimentado con biberón • El niño o la niña consume comidas cariogénicas 	<p>Dientes sanos con riesgo de caries</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la madre, padre o cuidador del niño o niña sobre: <ul style="list-style-type: none"> – No uso de biberones – Técnicas adecuadas de higiene oral según la edad del niño o niña. – Dieta adecuada: frutas y verduras – Disminuir ingesta de galletas azucaradas, dulces, gaseosas. – No compartir utensilios de comer o cepillos de dientes. • Referencia a odontología de su establecimiento de salud o del establecimiento de salud más cercano.
<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna alteración o signo de infección oral 	<p>Niña o niño con boca sana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Felicitar a la madre, padre o cuidador por el buen estado de salud bucal del niño o niña. • Enseñar a la madre o cuidador como limpiar la boca • Explicarle que el niño o niña está en la etapa del cambio de la dentición temporal o de leche a la dentición permanente. • Referencia a odontología de su establecimiento de salud cada seis meses verificando ficha odontológica.

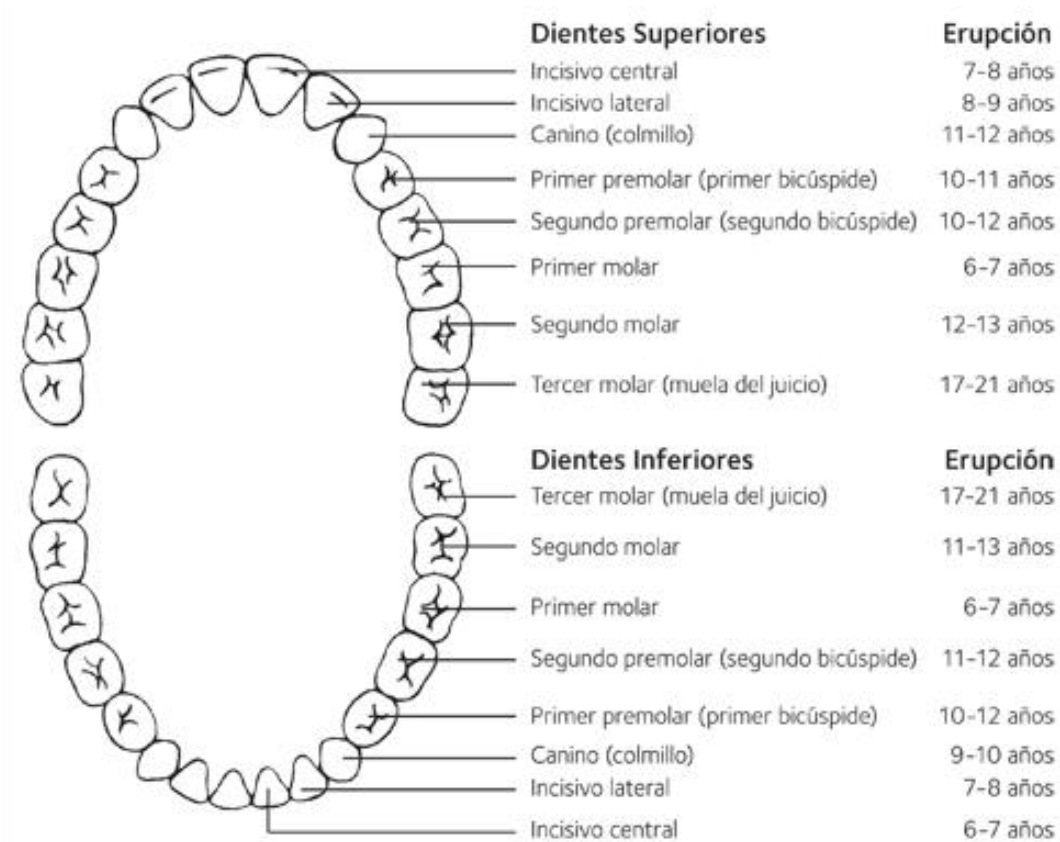
Técnica de cepillado para niño o niña de 5 al menor de 10 años.

<p>Las piezas dentales superiores deben cepillarse de arriba hacia abajo, procurando llegar hasta las piezas de atrás que deben limpiarse de la misma forma. No olvidar limpiarlos en la parte de adentro.</p>	
<p>Las partes internas de las piezas dentales superiores deben cepillarse de arriba hacia abajo, y en las inferiores de abajo hacia arriba</p>	
<p>Las piezas dentales inferiores deben cepillarse de abajo hacia arriba</p>	

<p>Las partes de las piezas dentales con las que masticamos, deben limpiarse de adelante hacia atrás. Tanto las piezas de arriba, como las de abajo.</p>	
<p>Finalizar con el cepillado de la lengua, de adentro hacia afuera</p>	

Fuente: www.odontologiaestetica.com

Cronología de la erupción dentaria permanente



Orientación para el cuidado de la salud bucal de la niña y el niño de 5 años al menor de 10 años.

- Entre los 6 y 7 años se espera la erupción de los primeros dientes permanentes (incisivos), así como de las primeras molares permanentes superiores e inferiores. Estas molares se caracterizan porque no se pierde ninguna de las molares primarias o de leche para su aparición en boca, salen al final de cada arcada.
- Debe realizar el cepillado dental después de las comidas utilizando un cepillo dental de cerdas suaves, pasta y el hilo o seda dental. Éste último debe deslizarse entre los dientes para retirar los restos de comida que quedan atrapados y se realiza antes del cepillado.
- Evitar comer o tomar bebidas azucaradas después del cepillado de la cena, si lo hace deberá volverse a cepillar.
- El periodo de los 5 a los 9 años se conoce como la edad del “patito feo”, debido a que se empiezan a perder las piezas de leche para ser sustituidas por las piezas permanentes haciendo que el niño o niña presente espacios edéntulos o “cholcos”.
- Orientar a la madre o cuidador que hacer si el niño o niña pierde un diente permanente por un golpe o trauma: Revisar que la pieza dental haya sido expulsada completamente del alvéolo, se debe tomar el diente por la parte de la corona evitando tocar la raíz. Si el diente está sucio, colocarlo debajo del chorro por 10 segundos. Posteriormente colocarlo en leche o en la boca del niño o niña mientras puede ser atendido por el odontólogo u odontóloga lo más pronto posible procurando hacerlo dentro de la primera hora posterior al trauma.

Accidentes en niñas y niños de 5 años al menor de 10 años

Según la Organización Mundial de la Salud, los accidentes domésticos son la primera causa de muerte en niños en todo el mundo, y la mayoría de ellos ocurren dentro del hogar.

Los niños son los más propensos a tener un accidente doméstico, estos pueden estar influenciados por la ignorancia, despreocupación, debilidad y otras características que los hacen más indefensos y vulnerables, que a los otros integrantes de la familia; por lo que su seguridad depende de la madre, el padre y las personas adultas que los rodean, por tanto, estos deben de estar informados y tomar las prevenciones necesarias para proteger a los niños. La regla básica de prevención es la supervisión constante por parte de un adulto.

Estos episodios (quemaduras, heridas, traumas e intoxicaciones), suelen provocar accidentes en ocasiones muy peligrosos, dejando incluso secuelas o rastros físicos y psicológicos.

Quemaduras

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Superficie de la piel destruida, se observa una capa carbonizada de tejido.	Quemadura de tercer grado.	<ul style="list-style-type: none"> • REFERIR URGENTEMENTE al hospital de la red más cercano. • Asegurar ABC. • No trate de despegar la ropa u otro accesorio. • Si es posible canalizar vena e iniciar líquidos intravenosos. • Manejo del dolor. • Comunicarse con hospital de referencia y acompañar a niño o niña de acuerdo con <i>Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta en las RIIS</i>.
Lesión con formación de ampollas, inflamación, dolorosa al tacto.	Quemaduras de segundo grado.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantificar la superficie corporal quemada y según el resultado este debe ser referido al hospital de la red más cercano. • Lo más inmediato es enfriar la zona con agua fría. • Manejo del dolor. • Las ampollas no deben de ser estalladas. • Realizar limpieza, desinfección y cubrir herida. • Si la quemadura es en dedos (manos o pies) debe cubrirse individualmente. • Evitar colocar vendajes compresivos o pegar esparadrapos en la piel. • Descartar cualquier tipo de maltrato.
Daño limitado a la capa más externa de la piel, caracterizada por enrojecimiento, aumento del calor y, en ocasiones, formación de ampollas y ardor si se toca la zona afectada.	Quemaduras primer grado	<ul style="list-style-type: none"> • Enfriar la quemadura con agua fresca para bajar la temperatura. • Retirar alhajas o accesorios. • Descartar cualquier tipo de maltrato. • Colocar medicamento en crema y realizar curación. • Manejo del dolor.

Heridas

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Con separación de los bordes de la piel y miden más de 2 o 3 centímetros. • Dejan ver tejido subcutáneo, músculo o hueso y afectan a articulaciones, manos, pies, ojos y genitales. • Tienen introducido un cuerpo extraño. • Producido por la mordedura de personas o animales. 	<p>Heridas complicadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir URGENTEMENTE en las mejores condiciones posibles. • Lave la piel alrededor de la herida con jabón y con agua. • Luego póngale encima un pedazo de gasa o un trapito limpio. • Inmovilice la zona afectada. • Coloque un acceso venoso y administre líquidos de acuerdo con signos de shock. • Puede usar la posición de Trendelenburg si no hay sospecha de lesión en región del cuello. • Si es posible verifique si está vacunado contra el tétanos, de no estarlo cumpla esquema. • Dar seguimiento comunitario para conocer manejo indicado post alta.
<p>Heridas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Hemorragia visible • Erosión superficial 	<p>Heridas simples. Arañazos, rozaduras, raspones y cortes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lave bien la herida con agua y jabón. • Cúbrela con un pedazo de gasa o un trapito limpio. • No aplicar antisépticos, pomadas, ungüentos o antibióticos sobre la herida. • Verifique si está vacunado contra el tétanos, si no lo está cumpla esquema. • Curación cada día.

Envenenamiento e intoxicación

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Las señales de alarma dependen del tipo de toxico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas neurológicos: cefalea, pérdida de conciencia, somnolencia. • Síntomas respiratorios: tos, sensación de ahogo. • Síntomas cutáneos: erupciones o quemaduras en la piel. • Síntomas generales: • Pérdida de control de esfínteres, labios cianóticos. 	<p>Envenenamiento e Intoxicación (limpiadores domésticos como el cloro, detergente, insecticidas, medicamentos y alimentos descompuestos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar la sustancia ingerida, inhalada o por contacto. • No provocar el vómito cuando el estado de conciencia se encuentre alterado, o si la sustancia tóxica es algún derivado del petróleo (gasolina); o bien, cuando se trate de sustancias cáusticas y corrosivas, pues pueden dañar severamente tracto digestivo (esófago, tráquea y garganta). • Si está inconsciente, revisar sus vías aéreas (nariz y garganta) y su respiración, y en caso de que ésta sea deficiente brindarle respiración bolsa máscara en tanto recibe atención de emergencia. • Comunicarse con hospital de referencia y acompañar a paciente de acuerdo con <i>Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta en las RIIS.</i>

Trauma cráneo encefálico

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Llanto persistente, letargo o inconciencia. • Rechazo a comida. • Cefalea fuerte. • Tamaño desigual de pupilas. • Secreción de líquido por nariz, boca u orejas. • Fractura con hundimiento en cabeza o cara, • Pérdida del conocimiento, convulsiones. • Hemorragia grave en cabeza o cara. 	<p>Trauma grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir URGENTEMENTE a hospital de la red más cercano. (Ver anexo 1) • Inmovilización cervical y movilización en bloque. • Inmovilización de fracturas. • Despeje y asegure una vía aérea permeable. • Deja de respirar (si es necesario, inicie RCP). • Manejo del dolor. • Comunicarse con hospital de referencia y acompañar a paciente de acuerdo con <i>Lineamientos de referencia, retorno e interconsulta en las RIIS</i>.
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor local leve • Hematoma • Heridas superficiales. • Hinchazón (chichón). • Adecuada respuesta a estímulos. 	<p>Trauma leve</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observación por 4 a 6 horas. • Descartar cualquier tipo de maltrato. • Aplicar compresas de hielo en la zona afectada. • Dar analgésico según disponibilidad. • Vigilancia estricta por cuidador y educación sobre signos de alarma: somnoliento, dificultad para despertarse, fuerte dolor de cabeza pierde el conocimiento o vomita, entre otros. • Control en 24 horas. • Curación cada día en zona afectada. • Seguimiento por parte de salud comunitaria.

Atragantamiento (obstrucción de vías respiratorias)

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Si no hay tos y presenta cianosis en piel y labios, asfixia, agitación, pérdida del conocimiento. 	<p>Obstrucción completa.</p>	<p>El niño está consciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor de un año: coloca al niño de pie e inclinado, con la cabeza más baja que el cuerpo. Pasa una mano por sus axilas para sujetar su pecho y con la otra mano dele hasta 5 golpes con la parte inferior de la palma de la mano en la parte alta de la espalda entre sus omoplatos. • Mayor de un año: Iniciar las compresiones abdominales o maniobra de Heimlich*, hasta 5 veces. • Referir a hospital de la red más cercano para su evaluación.
<p>Historia de atragantamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el niño balbucea, llora, habla o tose, sibilancias es señal de que el aire está pasando por las vías aéreas. 	<p>Obstrucción parcial. (trocitos de comida, piezas de algunos juguetes obstruyendo la garganta)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular y facilitar que la tos se siga produciendo. • No dar golpes en la espalda con la intención de ayudar, porque el cuerpo extraño puede moverse y la obstrucción parcial puede convertirse en total. • Referir a hospital de la red más cercano para su evaluación.

Ahogamiento por inmersión

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de paso de aire, no se produce salida de aire de la nariz o de la boca • Palidez, piel fría • Tórax y abdomen no se levantan ni bajan • Ausencia de ruidos respiratorios • Cianosis (coloración azul de piel y mucosas) • Pulso débil o ausente • Inconsciencia total. 	<p>Ahogado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez es sacado del agua, la cabeza este en una posición más baja que el pecho, evitando que se atragante con su vómito. • Comprobar su respiración y pulso. • No respira iniciar RCP básica. • Cámbiele la ropa húmeda y aíslalo del frío. • Traslado a la sala de urgencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Sonido extraño al respirar • Con capacidad para toser • Disnea (dificultad respiratoria) • Tiraje supraclavicular e intercostal • Pulso normal o aumentado • Posible inconsciencia. 	<p>Casi ahogamiento sobrevive al menos temporalmente después de un accidente por inmersión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consiente y respira acostarlo de lado, ya que favorece la salida del agua a través de tos o vómitos. • Controle su respiración. • Prevenir el enfriamiento quitarle la ropa mojada secarlo y taparlo. • Traslado al hospital de su red.

Medidas específicas para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)

Es una muerte temida por los padres, no presenta síntomas, avisos, ni tiene explicación clara. Se presenta más frecuente entre los 2 a 4 meses y sobre todo en niños y la muerte se presenta durante el sueño.

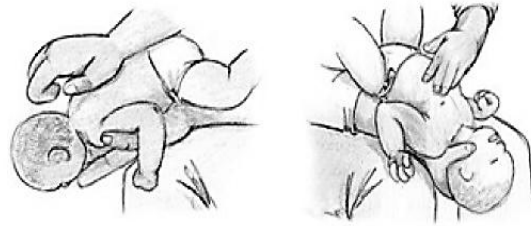
Medidas preventivas

- Acostar al bebe siempre boca arriba.
- Acostar al bebe sobre un colchón firme y no utilizar almohadas, colchas ni objetos cerca de la cara.
- Evitar que él bebe duerma en la cama con otros niños o adultos
- Mantener la cuna del bebe cerca, pero separada de donde duerman los padres u otras personas.
- No abrigar en exceso al bebe y comprobar que la temperatura ambiente no esté muy alta (la temperatura ambiente debe ser confortable para un adulto con ropa ligera y él bebe no debe estar caliente al tacto).
- Mantener al bebe en un ambiente libre de humo.
- Las madres deben evitar el consumo de alcohol y de drogas durante y después del embarazo.

Obstrucción de la vía aérea.

En el lactante: debido a su menor tamaño y manipulación, puede colocarse con la cabeza más baja, lo que favorece la expulsión del cuerpo extraño.

- Dar cinco golpes en la espalda. Se sujetará al lactante “boca abajo” (decúbito prono) colocándolo sobre el antebrazo, que a su vez se puede apoyar sobre el muslo con la cabeza más baja que el tronco. La maniobra puede hacerse sentado con lo que se consigue realizar el procedimiento con mayor seguridad. Una vez colocado, se golpeará cinco veces con el talón de la otra mano en la zona interescapular, debiendo ser estos golpes rápidos y moderadamente fuertes.
- Dar cinco compresiones en el tórax. Sujetando la cabeza se colocará al lactante “boca arriba” (decúbito supino) apoyándolo sobre el otro antebrazo. Después se darán cinco compresiones torácicas con dos dedos (índice y medio) y en dirección a la cabeza, en el mismo punto indicado para las compresiones cardíacas (tercio inferior del esternón), pero más fuertes y más lentas que en la RCP. En el lactante están desaconsejadas las compresiones en la región abdominal, ya que el riesgo de rotura de vísceras abdominales (hígado, bazo) es elevado.
- Después de cada ciclo de cinco compresiones interescapulares y torácicas, se debe reevaluar el estado del lactante, ver si está consciente, si respira o tose y si el objeto está accesible (no dedicar a ello más de 5-10 segundos). Si no se consigue desobstruir la vía aérea y el lactante continúa consciente, pero con tos inefectiva se repetirán las maniobras.



Maniobra de Heimlich (niños mayores de 12 meses)

Esta maniobra consiste:

- Colocarse detrás del niño y rodearle la cintura con los brazos.
- Cerrar una mano y colocar el nudillo del pulgar por encima del ombligo, a nivel de la boca del estómago, entre el ombligo y el tórax.
- Toma el puño con la otra mano y realiza una fuerte presión hacia dentro y hacia arriba, lo que provocará un aumento de la presión en el tórax, obligando a salir el aire que queda dentro de los pulmones, arrastrando el cuerpo extraño, hasta ser expulsado o desobstruir la vía aérea.
- Si hay pérdida de la conciencia se debe proseguir como maniobras de RCP.
- Todo niño o niña debe ser referido para re evaluación en el hospital de su red más cercano.



Prevención de accidentes

El personal de salud debe de hablar con la madre, padre o cuidador de los niños y niñas de manera clara y sencilla de las siguientes recomendaciones:

- Todo medicamento administrado idealmente debe ser bajo una prescripción médica y con supervisión de los padres o cuidadores.
- Seguir las instrucciones de padres o cuidadores en los juegos o actividades que realizan.

- Nunca dejar las niñas y niños al cuidado de otros niños.
- Antes de suministrar un medicamento revisar la fecha de vencimiento.
- No dejar medicamentos al alcance de los niños.
- Consumir alimentos frescos, recién preparados y bajo medidas higienicas.
- Revisar que la temperatura del agua sea la adecuada para evitar quemaduras o hipotermia.
- Procurar que consuman alimentos frescos y recién preparados.
- Mantener a los niños y niñas alejados de alimentos calientes.
- Evitar los juegos con objetos que puedan provocar asfixia y ahogamiento en los niños y niñas.
- Los envases con sustancias tóxicas deben estar rotulados y alejados del alcance de los niños y niñas.
- No jugar con bolsas de plástico en tu cabeza por el riesgo de ahogamiento.
- No dejar los juguetes u otros objetos en el suelo que puedan causar caídas o accidentes.
- Evitar los juegos con objetos que puedan provocar asfixia y ahogamiento en los niños y niñas
- Guarde en un lugar seguro objetos cortopunzantes como cuchillos, puntillas, clavos, tijeras, serruchos, entre otros.
- Evitar que se acerquen solos a piscinas, fuentes, pozos, lavaderos y bañeras. Utilizar mallas de protección.
- Evitar que los niños jueguen con cuerdas y cordones; y esté pendiente cuando se esconden en baúles y armarios.
- No correr o jugar en escaleras, techos o calles.
- Evitar que suban a lugares peligrosos como árboles y postes.
- No se debe jugar con cables de luz, conexiones eléctricas o abrir aparatos eléctricos.
- Utilizar protección al andar en bicicleta, patineta, patines, entre otros. o al practicar deporte.
- No debe de andar solo en lugares lejanos de tu hogar.
- Poner barandas y pasamanos en las escaleras.
- Enseñar a los niños y niñas a no hablar acompañar o aceptar regalos de personas que ellos desconocen.
- Dejar fuera del alcance los utensilios con líquidos calientes.
- Dejar fuera del alcance depósitos que contengan veneno o plaguicidas.
- Niños y niñas no deben manipular productos pirotécnicos.
- A los niños o niñas se les debe evitar manipular fósforos o mecheros.
- Fortalecer la educación vial en niños y niñas de acuerdo con etapa del desarrollo.
- Se deben de seguir las indicaciones de los simulacros de accidentes tanto en casa como en la escuela.

Evaluación oftalmológica

La Academia Estadounidense de Oftalmología y la Academia Estadounidense de Pediatría, recomiendan la evaluación visual desde el nacimiento y en todas las visitas rutinarias de supervisión de la salud. La anatomía y la función del niño o niña se deben controlar en visitas periódicas de bebés y niños sanos, y la agudeza visual se debe evaluar en la etapa preescolar, así como cuando hay una queja. Los bebés con un riesgo conocido (retinopatía del prematuro, síndrome de Down, entre otros.) o antecedentes familiares significativos (glaucoma congénito, estrabismo) deben ser remitidos para una evaluación adicional.

La importancia de la detección de problemas visuales en la infancia se basa en el reconocimiento de que del 5% al 10% de los niños o niñas en edad preescolar tendrán dificultades que si no se tratan, pueden interferir con el desarrollo adecuado de la agudeza visual.

La eliminación de causas prevenibles y curables de discapacidad visual, constituye un área de intervención prioritaria. La edad tan temprana en que estas enfermedades suelen afectar a los niños y niñas, tiene repercusiones permanentes e importantes en cuanto a su desarrollo educacional, social y económico.

Examen del recién nacido o nacida

La importancia que reviste un diagnóstico temprano de patología oftalmológica en el recién nacido o nacida es importante, pues su recuperación visual depende de un tratamiento oportuno. Utilizando una linterna y un oftalmoscopio directo, se debe evaluar en todo recién nacido/a:

- Anexos oculares: se examinará sobre todo la simetría de la abertura palpebral para descartar ptosis, que si se la encuentra deberá ser reparada adecuada y oportunamente.
- Tamaño ocular: es importante la evaluación del tamaño para descartar un probable glaucoma congénito en el que se presenta bupftalmos (ojo de buey). Este glaucoma va acompañado de otros síntomas: epifora y pérdida de la transparencia de la córnea. El tratamiento es de emergencia en todos los casos, razón por la cual debe ser diagnosticado desde el momento mismo de su nacimiento.
- Epifora: la causa más frecuente de este signo en el recién nacido o nacida es obstrucción de la vía lagrimal. Se presenta porque la membrana que obstruye el conducto naso lagrimal no se ha reabsorbido oportunamente al momento del nacimiento. Adicionalmente a la epifora, en una obstrucción de la vía lagrimal se presenta secreción porque la limpieza de la superficie del ojo no se realiza y la lágrima no tiene por donde drenar. El tratamiento inicialmente es clínico a base de antibióticos ocular y masaje. Si la sintomatología no cede al cabo de 1 mes de vida se debe referir con oftalmólogo para permeabilizar la vía mediante sondaje.
- Examen del rojo pupilar: se realiza con un oftalmoscopio directo puesto en cero. Mirando a través del lente ocular se verá toda la pupila iluminada en color rojo, lo que significa que el rayo de luz ha llegado hasta la retina y se ha reflejado. Con este simple examen podemos descartar toda patología, desde la córnea a la retina, que impida que una imagen sea enfocada en la mácula, como: cataratas, retinopatía del prematuro, hemorragias vítreas, tumores intraoculares, desprendimiento de retina, entre otros.

Detección del estrabismo: todo estrabismo, pasado los seis meses de edad, es patológico y necesita ser tratado lo más tempranamente posible por el riesgo de ambliopía en el ojo desviado. La desviación de un ojo antes de los 6 meses debe ser considerada patológica cuando es constante y

es siempre el mismo ojo el que se desvía, en este caso también debe ser derivada al oftalmólogo, aunque el paciente tenga menos de 6 meses. El estrabismo lleva al ojo desviado a no cumplir con su función ya que el cerebro con el objeto de eliminar la visión doble suprime la imagen del ojo desviado y por ende éste no desarrolla visión. Es de importancia tratar lo más temprano posible para recuperar la visión. La desviación como tal, puede ser rectificadas a cualquier edad, no así la visión que solo se la puede mejorar hasta los siete años o menos. Los padres deben conocer que mientras más temprana sea la edad del niño o niña, es posible realizar exámenes que permitan diagnosticar cualquier afección.

Examen del estrabismo

La técnica para su detección es la siguiente:

- Sentar la niña o niño y pedirle que mantenga los dos ojos abiertos.
- Colocar un objeto llamativo a 4 a 6 metros y luego pedir a la niña o niño que fije la mirada en dicho objeto.
- Cubrir alternadamente el ojo derecho e izquierdo (rompiendo la visión binocular).
- Posteriormente se cubrirá el ojo derecho y se retirará la oclusión para repetir luego con el ojo izquierdo.
- No existe estrabismo cuando, con los procedimientos anteriores, el ojo no realiza ningún movimiento de refijación; en caso de hacer algún movimiento, esto nos indicará que hay algún problema de estrabismo.

Control oftalmológico

En edades superiores a los tres años de edad, la niña o niño sano deberá tener su primer examen oftalmológico rutinario con el propósito de determinar su capacidad visual, y obtener su ficha médica oftalmológica que permitirá establecer una base comparativa para el futuro. Durante la edad escolar y colegial los chequeos deberán ser cada año, porque en esta época se inician e incrementan, en mayor grado, todos los defectos de refracción, especialmente miopías y otras alteraciones orgánicas de importancia, que deberán ser tratadas y corregidas. Al detectar cualquier anomalía este debe ser referido a la UCSFE u hospital con el pediatra, para re examinarlo y de persistir se debe de referir al oftalmólogo.

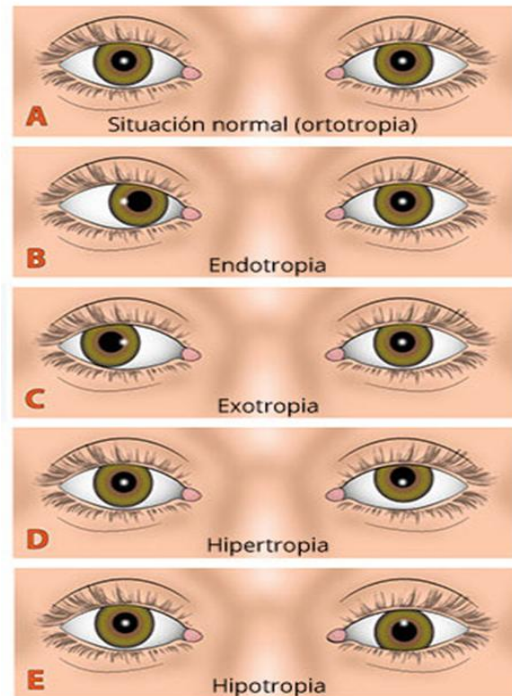
Determinación de agudeza visual

El propósito de las pruebas de tamizaje es identificar tempranamente a las niñas o niños que necesiten exámenes oculares especializados posteriores y no solamente hacer el diagnóstico de los problemas. Los signos que indican dificultad visual en edad escolar, incluyen: parpadeo, estrabismo, frotarse o secarse frecuentemente los párpados, enrojecimiento de los ojos, cansancio visual (astenopía), cefaleas. Aunque teóricamente pueden acompañar a trastornos de la visión, no tienen especificidad suficiente. A los profesores se les pedirá que envíen a los niños y niñas, que presenten estos signos, a la UCSF correspondiente.

En las niñas o niños se investigará:

- Párpados, pestañas, conjuntivas y córnea.
- Movilidad ocular. o reacciones pupilares directa o consensual a la luz.
- El reflejo óptico del parpadeo (normalidad del nervio óptico y retina funcionantes).
- En el pre-escolar, para el examen de la visión distante, se utilizará la prueba de Snellen (juego de la E). (ver anexo 18).

Clasificación por ubicación ocular en el estrabismo








<http://inof.es/estrabismo-infantil-y-de-adultos/#1508256790280-6cca5488-e3c6ec28-b431>

Grados de Tanner a la niña y niño menor de 10 años.

Con la escala de Tanner se describen los cambios físicos observados en genitales, mamas y vello púbico, a lo largo de la pubertad en ambos sexos. Esta escala clasifica y se divide en cinco etapas sucesivas, que van del niño (grado I) al adulto (grado V). Esta evaluación permite realizar una identificación precoz de algún cambio que sugiera un problema anatómico como hormonal, de igual manera iniciará una mejor relación médico paciente que permitirá continuar su evaluación de rutina en la adolescencia como en la adultez.

Tanner I o prepuberal	Volumen testicular menor de 1,5 ml. Pene pequeño, de 3 cm o menos. Edad normalmente 9 años o menor.	I		3	≤2,5
Tanner II	Volumen testicular entre 1,6 y 6 ml. La piel del escroto se adelgaza, se enrojece y se agranda. La longitud del pene sin cambios. Edad entre 9 y 11 años.	II		4	2,5-3,2
Tanner III	Volumen testicular entre 6 y 12 ml. El escroto se agranda aún más. El pene comienza a alargarse hasta aproximadamente los 6 cm. Edad entre 11 y 12,5 años.	III		10	3,6
Tanner IV	Volumen testicular de entre 12 y 20 ml. El escroto se agranda más y se oscurece. El pene incrementa su longitud hasta los 10 cm, y hay diferenciación del glande. Edad entre los 12,5 y los 14 años.	IV		16	4,1-4,5
Tanner V	Volumen testicular mayor de 20 ml. Escroto y pene de adulto, de unos 15 cm de longitud. Edad 14 años o mayor.	V		25	>4,5

Desarrollo mamario y vello púbico en mujeres

Tanner I o prepuberal	Sin tejido glandular; la areola sigue los contornos de la piel del tórax. Edad normalmente de 10 años o menor.	
Tanner II	Botón mamario, con una pequeña zona de tejido circundante glandular; la areola comienza a ensancharse. Edad entre 10 y 11,5 años.	
Tanner III	La mama comienza a elevarse, y se extiende más allá de los límites de la areola, que continúa aumentando, pero permanece dentro del contorno mamario. Edad entre 11,5 y 13 años.	
Tanner IV	Elevación y aumento de tamaño de los senos; areola y pezón forman un montículo secundario que sobresale del reborde de la mama. Edad entre 13 y 15 años.	
Tanner V	La mama alcanza su tamaño definitivo de adulto; la areola vuelve al nivel de la superficie mamaria, pero el pezón sigue haciendo prominencia. Edad 15 años o mayor.	

Tanner I o prepuberal	Sin vello púbico. Edad de 10 años o menor.
Tanner II	Pequeña cantidad de vello largo y aterciopelado con una ligera pigmentación en la base del pene y el escroto (hombres) o en los labios mayores (mujeres). Edad entre 10 y 11,5 años.
Tanner III	El vello se vuelve más grueso y rizado, y comienza a extenderse lateralmente. Edad entre 11,5 y 13 años.
Tanner IV	Las características del vello son similares a las del adulto; se extiende a través del pubis pero no alcanza los muslos. Edad entre los 13 y los 15 años.
Tanner V	El vello se extiende por la superficie media de los muslos. Edad 15 años o mayor.

Desarrollo sexual en los niños y niñas de 2 al menor de 10 años

La sexualidad es una función que involucra los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales del ser humano, que le permite relacionarse con otra persona en el nivel más profundo, le brinda un placer que no puede obtener de otras formas y, lo más importante, le permite crear una nueva vida que le garantiza su trascendencia.

La sexualidad infantil se manifiesta a través de su curiosidad al observar, manipular y descubrir sus cuerpos, hacer preguntas con respecto al cuerpo humano y la reproducción, a través del juego mediante el cual exploran sensaciones e imitan las conductas que ven a su alrededor y al identificarse con el padre o madre, dependiendo de su sexo.

Algunos aspectos importantes del desarrollo normal de la sexualidad infantil son:

- El descubrimiento de las partes del cuerpo, la autoexploración y el contacto corporal y afectivo con otros cuerpos a través de manifestaciones físicas de cariño como lo son los besos, las caricias y los abrazos.
- El desarrollo de lazos afectivos con las personas que cuidan de los niños.
- El darse cuenta de su propio sexo y las diferencias sexuales entre hombre y mujer, niña y niño.
- La formulación de estereotipos y roles de género.
- El interés por conocer el cuerpo adulto y de otros niños.

- El interés por conocer sobre el origen de la vida humana y animal, la reproducción y luego las relaciones sexuales y de pareja en los adultos.

¿Por qué es importante el apego para la sexualidad? En esta relación es donde el niño adquiere los elementos esenciales del intercambio sexual: aprende a tocar y ser tocado, mirar y ser mirado, a comunicarse y entender lo que dicen los demás. En esta relación de apego los niños adquieren:

- Confianza básica y seguridad que les permite abrirse a contacto con el entorno físico y social.
- Uso y significado de las formas de comunicación íntima.
- Uso y significado de las expresiones emocionales.
- Capacidad de demanda cuando se sienten necesitados y de satisfacer las necesidades de los demás.

Desarrollo psicosexual

Es el proceso de maduración de la sexualidad, entendida como un concepto amplio que incluye, en esta etapa, conocer el propio cuerpo, reconocerse como hombre o mujer y conocer lo que ello implica en cuanto a roles sociales.

Comprenderemos la sexualidad humana: como la expresión de múltiples manifestaciones como el sentir, expresar, pensar, desear, hacer - actuar y establecer vínculos con las y los otros integrantes de los grupos por los que transcurre su existencia, la sociedad y el espacio que nos alberga.

El desarrollo psicosexual se manifiesta en 3 áreas:

- **Biológica:** aparición de los caracteres sexuales secundarios, crecimiento, desarrollo y construcción de la corporalidad. determinado por el funcionamiento del aparato genital y los cambios neuroendocrinológicos que implica la pubertad.
- **Psicológica/emocional:** se manifiesta en el conocimiento, la curiosidad y las intenciones acerca de la sexualidad. Se logra cuando la estabilidad emocional permite que se encuentre en una persona sola, el motivo amoroso único, una serie de atributos que determinan una resonancia afectiva duradera.
- **Social:** comprende el involucramiento sexual efectivo con otras personas, desarrollo psicoafectivo, conductas sexuales más frecuentes en el momento considerado. Entendido como el nivel de maduración que posibilita actuar con responsabilidad hacia sí mismo y los demás.

Edad (años)	Promoción de la salud sexual reproductiva	Información básica
2 a 3 años	<ul style="list-style-type: none"> • La hora del baño: se puede hablar sobre las partes del cuerpo con sus nombres apropiados, y explicar que dichas partes del cuerpo son privadas y que significa. • Iniciarán las preguntas relacionadas con: el cuerpo, el origen de la vida, el lugar por donde nacen los bebés, como se hacen los bebés. • Comienza a conocer su cuerpo. Se explora y toca sus partes privadas. • Controla esfínteres. • Inicia la identidad sexual. • Imitan roles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interpreta que su sexo no cambia, aunque se modifique su apariencia y otros rasgos externos. • Nombres correctos para las partes del cuerpo de los niños y niñas. • Higiene adecuada de los órganos sexuales. • Expresiones corporales. (Inicio de gestos, posturas y uso de manos, como parte del lenguaje no verbal está íntimamente relacionado con escala simplificada del desarrollo). • Informar de forma simple y concreta que los bebés vienen de las mamás.

Edad (años)	Promoción de la salud sexual reproductiva	Información básica
4 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Aprenden cómo evolucionan los cuerpos. • Cuidan de su cuerpo. • Mejoran las relaciones con los demás. • Desarrollar lazos de amistad. • Se reconoce a sí mismo como niño o niña, se les debe explicar que son diferentes pero que tiene el mismo valor. • Preguntan por qué el niño usa pelo corto y la niña usa ganchos. • Se identifica con algunas conductas asociadas al rol masculino o femenino de su contexto social. • Muestra curiosidad por el cuerpo de los otros y las diferencias entre niños y niñas. • Muestran interés en explorar y conocer su cuerpo; tocar sus genitales. • Muestran las partes privadas a otras personas. • Tratan de tocar los pechos de la madre u otras mujeres. • Se quitan la ropa y les gusta estar desnudo. • Tratar de mirar cuando otras personas están desnudas o desvestiéndose (por ejemplo, cuando están en el baño). • Hacer preguntas acerca de su cuerpo (y el cuerpo de otras personas) y las funciones corporales. • Hablan con otros niños de la misma edad acerca de funciones corporales como “pupú” y “pipí”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reglas acerca de los límites personales (por ejemplo, el mantener las partes privadas cubiertas, no tocar las partes privadas de otros niños). • Se les debe explicar el niño y la niña pertenecen a diferentes sexos pero que tienen el mismo valor. • Dar respuestas simples y claras a todas las preguntas acerca del cuerpo y las funciones corporales. • Trabajar en promover que “tu cuerpo es tuyo, te pertenece y se respeta.” • Enseñar el auto cuidado se sus partes íntimas lo que incluye el evitar que otras personas les toquen. • Los niños van aprendiendo los aspectos de la sexualidad con un ritmo que depende de cada uno de ellos, con unos niveles de curiosidad e interés distintos. El grado de interacción que haya tenido la familia frente a las demandas de saber, influye en esta interacción.
6 a 7 años	<ul style="list-style-type: none"> • Se afianza la identidad sexual. • Prefiere jugar con compañeros o compañeras de su mismo sexo. • Tiene mayor capacidad de razonamiento, conductas más maduras. • Es conocido como el periodo edípico. Interés marcado erótico creciente focalizado al cuidador del sexo opuesto. • Realiza juegos que se relacionan con él o ella como niño o niña en la sociedad. • Manifiesta mayor curiosidad frente a la sexualidad y comprende que es un tema que los adultos manejan con cierto grado de secreto. • Piden explicación si alguien debe de tocar sus partes privadas, y quienes deben de hacerlo (Asociado al cuidado o examen físico). • Disfruta realizando actividades que lo mantienen ocupado, como pintar, dibujar y otras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicaciones simples acerca de cómo crecen los bebés dentro del vientre de las madres y acerca del proceso de nacimiento. • Reglas acerca de los límites personales (como, el mantener las partes privadas cubiertas, no tocar las partes privadas de otros niños). • Dar respuestas simples a todas las preguntas acerca del cuerpo y las funciones corporales. • Puede que sientas una sensación agradable cuando te tocas las partes privadas. • Practica normas de convivencia y valores con equidad, respeto y colaboración en los diferentes contextos familiar y escolar.

Edad (años)	Promoción de la salud sexual reproductiva	Información básica
6 a 7 años	<ul style="list-style-type: none"> • Forma la opinión de sí mismo o sí misma a partir de lo que le comunican sus adultos cercanos. • Entiende y sigue órdenes con facilidad. • Respeta turnos y reglas en los juegos. • Saluda, se despide y usa el “por favor” y “gracias”. • Comparte con sus compañeros y compañeras. • Le gusta jugar solo o con amigos. • Reconoce y expresa varias emociones. • Elige a sus amigos y amigas. • Puede consolar a sus amigos o amigas cuando están tristes. • Participa en juego de roles, realizando tareas del hogar y la escuela. • Respeta, cuida y valora sus cuerpos y de los otros y las otras. • Distingue lo que es bueno y lo que es malo. • Identifica maltrato físico y verbal. • Dice acontecimientos de la vida diaria con personas de confianza. • Reconoce que nadie puede obligarle a guardar secretos de cosas que les hagan sentir mal. • Conoce su nombre completo, dirección y teléfono. • Es la edad de “latencia”. Disminuye el interés sexual. Va desde los 6 años hasta la pubertad, cuando los niños demuestran un interés sexual más franco. En esta época ya no hay tanto interés en tocar ni en mostrar los genitales, porque piensan que son malos. La vergüenza o el pudor sexual aparece. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que las niñas y los niños tienen igualdad de oportunidades al realizar diversas actividades sin distinción ni discriminación de sexo. • Enseñar a expresar y practicar aprecio, respeto, tolerancia, solidaridad, responsabilidad sentimientos y valores a todas las expresiones de la diversidad humana, en el contexto familiar, escolar y comunitario. • Desarrollo de habilidades para la vida, para prevenir las diversas formas de vulneración de derechos. • Enseñar sus derechos y deberes según LEPINA.
8 a 9 años	<ul style="list-style-type: none"> • Muestra mayor interés por niños o niñas del sexo opuesto. • Maneja más conceptos y lenguaje (adecuado e inadecuado) asociados a la sexualidad. • Tocarse las partes privadas a propósito (masturbación). • Jugar con niños de la misma edad en juegos que involucran comportamiento sexual (como “verdad o consecuencia”, “jugar a la familia”, o al “novio/novia”). • Tratar de mirar a otras personas cuando están desnudas o desvestiéndose. • Puede comenzar a tener cambios en su cuerpo por efecto del inicio de la función de las hormonas sexuales Ej.: Aumento de las mamas en las niñas, crecimiento del escroto y ensanchamiento del pene en los niños, crecimiento de vellos en el pubis o en las axilas, aumento de la sudoración, granitos en la cara. Algunas niñas pueden tener su primera menstruación, alrededor de los 10 años. (Evaluación de Tanner). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe reforzar labor educativa sobre el respeto a las personas de su mismo o diferente sexo, de ser necesario apoyarse de consejeros para el abordaje de la temática que incluya la amplitud de conceptos sobre sexualidad, como son la disciplina, diversidad, masturbación, entre otros. • Orientación a los padres de cómo incluir dentro de la conversación con sus hijos de forma sencilla sin incluir conceptos errados sobre los cambios “acelerados” o “retrasos” que puede percibir la niña o niño sobre su desarrollo físico.

Edad (años)	Promoción de la salud sexual reproductiva	Información básica
8 a 9 años	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en el número de relaciones interpersonales. • Es capaz de entender lo que piensan y sienten otras personas. • Puede pensar acerca de lo que le pasa y siente. • La letra manuscrita es legible. • Incentivar la reflexión respecto a valores sociales como la tolerancia, disciplina, honestidad, solidaridad, diversidad. • Analiza los comportamientos de roles, aprendizaje sobre papel de la niña o niño. • Participa en todas las actividades de la casa dependiendo la actividad niño y niña y que tipo de actividad • Manifiesta sus emociones. • Identifica o refiere muestras de violencia de género como el maltrato y/o abuso sexual, puede ocultar lesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe reconocer la importancia del cuidado de sus órganos de su cuerpo. • Debe realizar hábitos higiénicos corporales adecuados. • Motivar a adquirir responsabilidades y compromisos en el cuidado de su entorno. • Responder a sus preguntas espontáneas evitando hacerlo bajo pre conceptos errados, es mejor dejar pendiente hasta que tenga una base más sólida de conocimientos. • Al decidir mostrar sus emociones se espera que tenga una percepción adecuada por parte de sus pares o adultos, nunca inhibirlos a través del menosprecio o la burla. • Se debe de prestar completa atención sobre hallazgos evidenciados o manifiestos de algún tipo de maltrato o abuso por parte de la niña o niño. Aplica para cualquier edad.
9 a 12 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido del placer y preocupación de su apariencia física. • Se masturba. • Se interesa por el sexo opuesto • Mirar fotos de personas desnudas o semidesnudas • Ver/escuchar material de contenido sexual a través de los medios de comunicación (televisión, películas, juegos, Internet, música, entre otros.) • Quiere más privacidad (por ejemplo, rehusar a desvestirse delante de otras personas) y resistirse a hablar con los adultos acerca de temas sexuales • Empezar a sentir atracción sexual e interés hacia otros niños o niñas de su edad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aclarar cambios asociados a la pubertad. De nuevo reforzar sobre los cambios que pueda percibir como acelerados o lentos que manifiesta su cuerpo; es importante cumplir con los controles por médico, especialista y enfermería según corresponda, para una correcta evaluación y consejería, con el objetivo de disminuir su ansiedad. • Las relaciones amorosas al ser discutida con los padres se deben basar en sus derechos sexuales y reproductivos. • Dejar que el niño o la niña plantee dudas, dando el espacio para escuchar su posición y conceptos adquiridos, sin manifestar rechazo o desprecio a ellos. • Se debe dejar claro como padres que temas como la masturbación si es incómodo es importante reconocerlo y debe de verse como una oportunidad entre ambos de aclarar dudas. Por supuesto se debe de trabajar el concepto de placer como fuente de autocuidado, para no relacionar como solo encuentros sexuales.

Evaluar, Clasificar y Tratar vulneración de Derechos en niñas y niños menores de 10 años

Se entiende por vulneración de derechos a cualquier práctica que, por acción u omisión de terceros, transgredan los derechos de las niñas y niños.

De acuerdo con la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA), los derechos y garantías otorgados por esta ley serán reconocidos a toda persona desde el instante de la concepción hasta los dieciocho años.

Los Derechos de supervivencia y crecimiento integral contemplados en el capítulo I, de la LEPINA, son:

1. Derecho a la vida.
2. Derecho a la protección de la persona por nacer.
3. Derecho a un nivel de vida digno y adecuado.
4. Derecho a la salud.
5. Derecho a la lactancia materna.
6. Derecho a la seguridad social.
7. Derecho a un medio ambiente sano.
8. Derecho a la integridad personal.
9. Derecho de reunificación familiar.
10. Derecho al honor, imagen, vida privada e intimidad.
11. Derecho de rectificación o respuesta.
12. Derechos de refugio y asilo.
13. Derecho de acceso a la justicia.
14. Derecho a la protección en el trabajo.
15. Derecho al libre desarrollo de la personalidad.
16. Derecho a la identidad.
17. Derecho a la identificación.
18. Derecho a conocer a su madre y padre y ser criados por ellos.
19. Derecho a mantener relaciones personales con su madre y padre.
20. Derecho a ser criado en familia.
21. Derecho a la educación y cultura.
22. Derecho a la educación gratuita y obligatoria.
23. Derecho al descanso, recreación, esparcimiento, deporte y juego.
24. Derecho de petición.
25. Derecho a la libertad de expresión.
26. Derecho a opinar y ser oído.
27. Derecho a acceso a la información.

Para la detección y atención de vulneración de derechos en niñas y niños menores de 10 años, se debe realizar lo siguiente:

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Una o más de las siguientes situaciones observadas en el niño o niña:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tiene registro en la alcaldía municipal. • No tiene nombre. • No inscrito en control de niño sano. • No vacunación o esquema incompleto. • Ausencia de lactancia materna exclusiva sin justificación. • Madre, padre o responsable no cumple con los cuidados básicos del recién nacido. • Alimentación inadecuada de acuerdo a la edad de la niña o niño. • Persiste en la niña o el niño la no ganancia de peso y talla de acuerdo a la edad. • Existe morbilidad en la niña o niño y la madre se niega a cumplir indicaciones médicas. • Niña o niño en mala condiciones de higiene. • No está inscrito en la escuela. 	<p>Vulneración de derechos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Restituir los derechos relacionados a la salud de la niña o niño. • Brindar educación sobre Derechos de la niñez y leyes que los protegen. • Consejería en lactancia materna e incluir prevención del descuido, trato negligente, maltrato físico, psicológico y el abuso sexual. • Promover la estimulación del desarrollo y alimentación de acuerdo a la edad de la niña o niño. • Promover y orientar para la inscripción en el registro de nacimiento. • Documentar en el expediente clínico. • En caso de incumplimiento o reincidencia de vulneración de derechos: • Dar aviso a Juntas de Protección. (si no es posible la respuesta inmediata de la Junta de Protección, en caso de emergencia por salud de la niña o niño, a PNC). • Si existe delito a FGR o a la PNC y además a la Junta de Protección correspondiente.
<p>Cumple con todos los derechos antes mencionados.</p>	<p>Cumplimiento de Derechos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Felicitar a la madre, padre o cuidador. • Reforzar conocimientos en el tema de derechos de la niñez, leyes que los protegen. • Orientación sobre patrones de crianza libres de violencia, prevención de violencia y accidentes.

Evaluar, Clasificar y Tratar por maltrato físico, maltrato psicológico y abuso sexual a la niña y niño menor de 10 años

Para la detección de las diferentes formas de violencia, se evaluará a las niñas y niños de 0 hasta el menor de 10 años. Ante la presencia de los siguientes factores de riesgo, considerar la posibilidad de cualquier forma de maltrato o abuso sexual, para lo cual se debe Aplicar la Norma y Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia.

Factores Sociales	
<ul style="list-style-type: none"> • Vivir en centros de protección. • Ser hija o hijo no deseado o no planeado. • Antecedentes de abuso sexual. • Vivir con uno solo de sus padres. • Existencia de violencia intrafamiliar. • Padres separados. • Padres drogadictos o alcohólicos. • Madre soltera. • Madre trabajadora del sexo. • Presencia en la familia de padrastro o madrastra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niños que quedan al cuidado de personas no aptas (otros niños o adultos mayores). • Niños que se mantienen en los lugares de trabajo de los padres o en la calle. • Padres o cuidadores sin fuentes de trabajo. • Hijos de padres migrantes. • Hijos de padres en violencia social.
Propios del niño:	
<ul style="list-style-type: none"> • Prematurez o estado de vulnerabilidad propios de la infancia • Presencia de anomalías congénitas. • Niños con problemas de discapacidad física o mental. • Hiperactividad 	

Para la atención integral en salud de niñas y niños en situación de violencia, se clasificará de la siguiente manera:

- Abuso físico (maltrato físico).
- Abuso psicológico (maltrato psicológica).
- Abuso sexual.
- Negligencia y abandono.
- Situación de trabajo infantil.
- Situación o dependencia de calle.
- Situación de explotación sexual comercial (ESCNNA).

Para el registro del diagnóstico de violencia en el expediente clínico y el Registro Diario de Consultas Preventivas y ambulatorias, se utilizará la clasificación de acuerdo a CIE-10, para establecer los códigos relacionados a la problemática de la violencia. (Ver Anexo No. 2 de los Lineamientos Técnicos de Atención a Todas las formas de violencia). Cuando el diagnóstico se encuentre relacionado a la **condición** de: trabajo Infantil, situación de calle, explotación sexual comercial (ESCNNA) o trata de personas, se deberá anotar en el expediente clínico y en la **columna 37**, en lo referente a “**condición**” del Registro Diario de Consulta Ambulatoria:

Número 1 si la niña o niño se encuentra en situación de calle.

Número 2 en condición de trabajo infantil.

Número 3 en condición de trata de personas.

Número 4 en condición de explotación sexual comercial.

No olvidar que en los casos de abuso físico y sexual se registrará también la causa externa.

PREGUNTE Y DETERMINE	OBSERVE
<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones violentas o respuestas a la defensiva por parte de los cuidadores. • Antecedentes violencia intrafamiliar. • Niño o niña conviviendo en ambiente de violencia intrafamiliar • Desnutrición proteica energética en medio de adultos bien nutridos. • Controles infantiles irregulares sin justificación, negación a cumplir tratamientos y/o vacunar a la niña o niño. • Higiene: constantemente sucio, mala higiene corporal. Aspecto de abandono, contrastado con buena higiene de cuidadores. • Problemas físicos o necesidades médicas y odontológicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos y odontológicos rutinarios. • Retraso en el desarrollo. • Etno prácticas nocivas realizadas en la niña o el niño. • Alteraciones en el comportamiento de la niña o el niño: trastornos del sueño, alimentación, desempeño escolar, regresiones en hábitos de evacuaciones. • La persona que acompaña a la consulta a la niña o niño desconoce datos básicos de ellos. • Observe en la familia si existe: • Abuso de alcohol o drogas de los padres o cuidadores. • El niño o niña con historia de permanecer largos períodos solo o al cuidado de personas no aptas (otras niñas o niños, adolescentes, adultos mayores). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de abuso sexual: ITS, flujo vaginal, IVU a repetición, dolor, lesiones en ano o área genital, sangramiento genital, dolor al defecar o incontinencia fecal. • Lesiones localizadas en diferentes lugares del cuerpo y en diferente grado de recuperación. • Lesiones sugestivas de maltrato físico grave. • Lesiones compatibles de maltrato físico que comprometen o no la vida del paciente. • Lesiones que no pueden explicarse por la historia clínica que proporcionan los familiares. • Presencia de marcas con patrones regulares que semejan la forma del objeto utilizado para producir la lesión. • Fracturas de cráneo, costillas, metáfisis de huesos largos. • Hematomas subdurales, hemorragia retiniana o subaracnoidea. • Reacciones violentas, respuestas a la defensiva por parte de los cuidadores o insistencia en permanecer cerca de la niña o niño durante la consulta médica. • Alteraciones emocionales de la niña o niño que indican maltrato psicológico: ansiedad, insomnio, enuresis, pesadillas, temor, trastornos de alimentación, retraso en el desarrollo, pobre desempeño escolar. • Conductas de uso de drogas o alcohol por parte de los padres o cuidador.

Clasifique si existe maltrato físico, sexual y/o psicológico en la niña o niño menor de 10 años

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Uno o más de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conductas agresivas por parte de los padres o cuidadores. • Lesiones sugestivas de maltrato físico que comprometen o no la vida del paciente: • Lesiones localizadas en diferentes lugares del cuerpo y en diferente grado de recuperación que hacen sospechar maltrato físico y que no pueden explicarse por la historia clínica que proporcionan los familiares. • Presencia de marcas con patrones regulares que semejan la forma del objeto utilizado para producir la lesión. • Fracturas de cráneo, costillas, metáfisis de huesos largos. • ITS, flujo vaginal, IVU a repetición, dolor y/o lesiones en ano y/o en área genital, sangramiento genital, dolor al defecar, incontinencia fecal o urinaria. • Conductas que denotan posible abuso sexual, físico o psicológico como: ansiedad, depresión, temor, pesadilla, trastornos del sueño o alimentación. • Padre, madre o cuidador solicita evaluación médica por sospecha de abuso sexual. • Sospecha de que la persona que acompaña o se responsabiliza de la niña o niño, sea de manera ilegal. (no conoce datos básicos de la niña o niño). 	<p>Sospecha de abuso físico, sexual, y/o abuso psicológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar Lineamientos técnicos de atención integral en salud a todas las formas de violencia. • Niñas o niños mayores de seis años aplicar hoja de tamizaje para la detección de violencia. • Todo caso de sospecha de abuso sexual debe ser referido al hospital correspondiente. • Estabilizar y atender oportunamente lesiones que comprometan la vida de la niña o niño y referir al hospital correspondiente, así como, si existiera riesgo en el ambiente familiar y para evaluación forense. • Si las lesiones no comprometen la vida de la niña o niño y no hay riesgo familiar: • Atender lesiones. • Referir a psicólogo o profesional capacitado. • Dar aviso a: FGR o PNC, Juntas de Protección de Niñez y de la Adolescencia. • Seguimiento del caso: • Consejería, reforzando comportamientos positivos de buen trato y cuidado. • Derechos de la niñez y adolescencia, leyes que los protegen.
<ul style="list-style-type: none"> • Uno o más de las siguientes condiciones: • Desnutrición • Controles infantiles irregulares sin Justificación. • Riesgo en el desarrollo psicomotor de la niña o niño. • Higiene: constantemente sucio, escasa higiene corporal. • Problemas físicos o necesidades médicas y odontológicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos y odontológicos rutinarios. • No aceptación de referencia a nivel hospitalario por enfermedad grave • Abuso de alcohol o drogas de los padres o cuidadores y/o convivientes • Niñas y niños que permanecen solos o al cuidado de personas no aptas (otros niños, adultos mayores, cuidadores consumen alcohol o drogas) • Niñas y niños con quemaduras, heridas por traumas e intoxicaciones • Antecedentes de violencia intrafamiliar • Padres en violencia social • No inscrito en la escuela • Niña o niño en situación de calle • Niña o niño en situación de trabajo infantil. 	<p>Niña o niño en sospecha de negligencia, abandono o en riesgo de enfrentar violencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería: • Prevención de violencia: • Promover patrones de crianza libre de violencia. • Reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez. • Leyes que protegen a la niñez y adolescencia. • Seguimiento del caso: • Atención psicológica de ser necesario. • Dar aviso a: Juntas de Protección de Niñez y de la Adolescencia.
<ul style="list-style-type: none"> • No se observa en la niña o niño, ninguna condición que indique riesgo de enfrentar violencia. 	<p>Niña o niño sin riesgo de enfrentar violencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar consejería sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Patrones de crianza libre de violencia. - Derechos de las niñas y niños. - Leyes que protegen a la niñez. - Instituciones que protegen a la niñez. - Prevención de los diferentes tipos de violencia.

Para la dispensarización debe de evaluarse el maltrato, la sospecha de maltrato o de violencia y clasificar en grupo dispensarial II si hay evidencia del riesgo, en grupo dispensarial III si hay evidencia de lesiones físicas o mentales en el momento de la evaluación y grupo dispensarial IV si hay secuelas de maltratos anteriores ya sean físicos o psicológicos de acuerdo a esto programar la frecuencia de seguimiento según Lineamientos técnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados.

Evaluar, Clasificar y Tratar problemas en salud mental en las niñas y niños menores de 10 años

Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

Trastornos del desarrollo (niños y niñas menores de 5 años)

Trastorno del desarrollo es un término amplio que cubre trastornos tales como la discapacidad intelectual / retraso mental, así como los trastornos generalizados del desarrollo, incluyendo el autismo. Generalmente, comienzan en la infancia con una alteración o retraso de las funciones relacionadas con la maduración del sistema nervioso central y tienen un curso constante, a diferencia de las remisiones y recaídas que tienden a caracterizar a muchos otros trastornos mentales. A pesar de que tienen su inicio en la infancia, los trastornos del desarrollo tienden a persistir hasta la edad adulta.

Los trastornos del desarrollo y de aprendizaje son una categoría de los problemas de salud mental que comprende a los niños que tienen dificultades para alcanzar las funciones tempranas del desarrollo, por ejemplo: las habilidades del lenguaje, de la comunicación, de la socialización y motoras. Debido a que el objetivo del tratamiento es ayudar al niño niña, a maximizar sus capacidades y, a la vez, prevenir la aparición de cualquier problema es muy importante que el diagnóstico de cualquier retardo o trastorno del desarrollo se realice tan pronto como sea posible. Las conductas antes mencionadas también se observan a menudo en personas con discapacidades intelectuales.

¿Tiene el niño un retraso en el desarrollo y aprendizaje?

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Evalúe al niño usando indicadores o escalas de desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su inicio es antes de los 3 años de edad o primera infancia • Determine la edad en la cual comenzó a reírse, a sentarse, a pararse solo, a caminar, a hablar, a entender instrucciones y a comunicarse con otros). • Anomalías en la comunicación (por ejemplo, falta del uso del lenguaje social falta de flexibilidad en el uso del lenguaje) • Patrones restringidos, repetitivos (estereotipados) de conducta, intereses y actividades. • El tiempo, la secuencia y dirección de estas características. • Pérdida de habilidades previamente adquiridas. • Historia familiar de trastornos del desarrollo. • Presencia de deficiencias visuales y auditivas. • Epilepsia. • Signos concomitantes de dificultades motoras o parálisis cerebral. 	<p>Riesgo en el desarrollo y aprendizaje</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inicie el psicoeducación familiar. • Considere la formación en habilidades para padres. • Informe sobre los servicios educativos y sociales disponibles y colabore con ellos. • Póngase en contacto con la escuela y ofrezca consejo • Evalúe el nivel actual de funcionamiento adaptativo con apoyo del especialista • Trate las condiciones asociadas: deficiencias visuales y auditivas • Brinde apoyo de manera anticipada a situaciones difíciles de la vida • Ayude a promover y proteger los derechos humanos del niño y de la familia. • Brinde apoyo a los cuidadores. • Brinde seguimiento constante. • Refiera a un especialista sino hay mejoría (psiquiatra o psiquiatra infantil) o el caso requiera manejo farmacológico.

Habilidades sociales (espectro autista) autoestima y resiliencia

Las habilidades sociales son un conjunto de capacidades que permiten el desarrollo de un repertorio de acciones y conductas que hacen que las personas se desenvuelvan eficazmente en lo social. Estas habilidades sociales en niños son algo complejo ya que están formadas por un amplio abanico de ideas, sentimientos, creencias y valores que son fruto del aprendizaje y de la experiencia. Todo esto va

a provocar una gran influencia en las conductas y actitudes que tenga la persona en su relación e interacción con los demás.

Es fundamental prestar especial atención al desarrollo de habilidades sociales, ya que en primer lugar son prescindibles para la adaptación de los niños y niñas al entorno en el que se desarrollan sus vidas, y posteriormente estas habilidades le van a proporcionar las herramientas para desenvolverse como adultos en la esfera social, siendo la base clave para sobrevivir de manera sana tanto emocional como laboralmente.

La falta o escaso desarrollo de las habilidades sociales, puede ser algo doloroso para la persona. Los seres humanos vivimos en sociedad, es parte de nuestra naturaleza, es por ello que la comprensión de las relaciones y de las demás personas es algo imprescindible para una vida emocionalmente sana. Y esto tiene repercusión en los demás ámbitos de la vida, escolar, laboral, sentimental, personal, entre otros.

Puntos claves de las habilidades sociales

- Se adquieren a través del aprendizaje. No son innatas, los niños y niñas desde el nacimiento aprenden a relacionarse con los demás.
- Son recíprocas, estas habilidades requieren para su desarrollo la relación con otras personas.
- Incluyen conductas verbales y no verbales. Es tan importante lo que se dice como otros aspectos que no se dicen.
- Están determinadas por el reforzamiento social, sea este positivo o negativo. Determinadas conductas se repiten si tienen un refuerzo positivo y se dejan de presentar si el reforzamiento es negativo.
- Están interrelacionadas con el autoconcepto y la autoestima. Son resultado de las interacciones sociales. Lo que influye en las diferentes conductas que manifestara la persona en su medio social.
- Son necesarias para el desarrollo integral de las personas. La persona se desarrolla y aprende en interacción con los demás.

Habilidades sociales básicas:

1. Apego: capacidad de establecer lazos afectivos con otras personas.
2. Empatía: capacidad de ponerse en el lugar del otro y entenderle
3. Asertividad: capacidad de defender los propios derechos y opiniones sin dañar a los demás
4. Cooperación: capacidad de colaborar con los demás para lograr un objetivo común.
5. Comunicación: capacidad de expresar y escuchar sentimientos, emociones, ideas, entre otros.
6. Autocontrol: capacidad de interpretar las creencias sentimientos propios y controlar los impulsos.
7. Comprensión de situaciones: capacidad para entender las situaciones sociales y no tomarlas como algo personal, o culparse de determinadas cosas.
8. Resolución de conflictos: capacidad para interpretar un conflicto y sacar alternativas de solución al mismo.

Pautas para el desarrollo de habilidades en niños y niñas

Las habilidades para afrontar con éxito de forma sana las relaciones con los demás se desarrollan progresivamente a lo largo de la infancia. En este período se producen las estrategias que van a ser las bases de las futuras relaciones de adultos, ya sean de amistad, de pareja, laborales, entre otros. Las actividades a desarrollar son:

- Cuidar la autoestima de los pequeños. Ayudarles a formar una imagen positiva de si mismos, para ello criticar la acción y no a la persona; proponerles metas que sean realistas y adecuadas a su edad; utilizar los elogios pero que sean realistas.
- Transmitir valores a los niños y niñas. Deben aprender a valorarse a si mismos y a los demás.

- Enseñarles a respetar, tolerar y escuchar.
- Servir de ejemplo para ellos, en las relaciones con ellos y ellas se debe actuar de forma coherente y transmitiendo lo que se quiere que realicen ellos.
- Fomentar la capacidad de escuchar y entender a los demás. Para ello se les debe escuchar y enseñarles a escuchar a los demás. Que entiendan que se puede aprender muchas cosas, si escuchamos lo que los demás nos dicen.
- Emplear los refuerzos. Se debe reforzar socialmente aquellas conductas adecuadas como escuchar a otros o responder con educación, en esos casos interactuamos socialmente con los pequeños. Reforzar negativamente las conductas inadecuadas, los gritos, la falta de escucha, no interactuando con ellos en estos casos.
- Dotar a los niños y niñas de un ambiente rico en relaciones. Es importante que los pequeños tengan diferentes experiencias sociales, para que experimenten, aprendan y pierdan el miedo a determinadas situaciones.
- Animar a los niños y niñas a participar en diferentes grupos o hacer actividades con otras personas, sin que sea necesaria la presencia de los adultos. Es importante que niños y niñas aprendan a desenvolverse solos, sin la protección de los adultos.

Trastornos del espectro autista

Los trastornos del espectro autista (TEA) son una discapacidad del desarrollo que puede provocar problemas sociales, comunicacionales y conductuales significativos. A menudo, no hay indicios en el aspecto de las personas con TEA que los diferencien de otras personas, pero es posible que quienes tienen un TEA se comuniquen, interactúen, se comporten y aprendan de maneras distintas a otras personas. Las destrezas de aprendizaje, pensamiento y resolución de problemas de las personas con TEA pueden variar; hay desde personas con muy altos niveles de capacidad y personas que tienen muchas dificultades. Algunas necesitan mucha ayuda en la vida diaria, mientras que otras necesitan menos.

Actualmente, el diagnóstico de TEA incluye muchas afecciones que solían diagnosticarse por separado e incluyen el trastorno autista, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera y el síndrome de Asperger. Hoy en día, a todas estas afecciones se las denomina trastornos del espectro autista.

Signos y síntomas

Las personas con un TEA a menudo tienen problemas con las destrezas sociales, emocionales y de comunicación. Es posible que repitan determinados comportamientos o que no quieran cambios en sus actividades diarias. Muchas personas con TEA también tienen distintas maneras de aprender, prestar atención o reaccionar ante las cosas. Algunos de los signos comienzan durante la niñez temprana y, por lo general, duran toda la vida.

Los niños o adultos con TEA podrían presentar las siguientes características:

- No señalar los objetos para demostrar su interés (por ejemplo, no señalar un avión que pasa volando).
- No mirar los objetos cuando otra persona los señala.
- Tener dificultad para relacionarse con los demás o no manifestar ningún interés por otras personas.
- Evitar el contacto visual y querer estar solos.
- Tener dificultades para comprender los sentimientos de otras personas y para hablar de sus propios sentimientos.
- Preferir que no se los abrace, o abrazar a otras personas solo cuando ellos quieren.
- Parecer no estar conscientes cuando otras personas les hablan, pero responder a otros sonidos.

- Estar muy interesados en las personas, pero no saber cómo hablar, jugar ni relacionarse con ellas.
- Repetir o imitar palabras o frases que se les dicen, o bien, repetir palabras o frases en lugar del lenguaje normal.
- Tener dificultades para expresar sus necesidades con palabras o movimientos habituales.
- No jugar juegos de simulación (por ejemplo, no jugar a “darle de comer” a un muñeco).
- Repetir acciones una y otra vez.
- Tener dificultades para adaptarse cuando hay un cambio en la rutina.
- Tener reacciones poco habituales al olor, el gusto, el aspecto, el tacto o el sonido de las cosas.
- Perder las destrezas que antes tenían (por ejemplo, dejar de decir palabras que antes usaban).

Diagnóstico

Los diagnósticos de los trastornos del espectro autista pueden ser difíciles de hacer debido a que no existen pruebas médicas, como un análisis de sangre, para diagnosticarlos. Para llegar a un diagnóstico, los médicos observan el comportamiento y el desarrollo del niño.

A veces, los TEA pueden detectarse a los 18 meses de edad o incluso antes. A los 2 años de edad, el diagnóstico realizado por un profesional con experiencia puede considerarse muy confiable. Sin embargo, muchos niños no reciben un diagnóstico final hasta que son mucho más grandes. Este retraso significa que hay niños con TEA que podrían no obtener la ayuda temprana que necesitan.

Tratamiento:

No existen medicamentos que puedan curar los TEA, ni tratar los síntomas principales. Sin embargo, existen medicamentos que pueden ayudar a algunas personas que tienen un TEA a funcionar mejor. Por ejemplo, algunos medicamentos pueden ayudar a controlar los altos niveles de energía, la incapacidad para concentrarse, la depresión o las convulsiones. El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario. Lo siguiente se presenta de manera informativa, pues es el facultativo de la especialidad quien indicará cada manejo.

Agresión irritabilidad:

- Risperidona 0.25 mg/día en peso menor a 50 Kg y hasta 1.5 mg en peso mayor a 50 Kg
- Haloperidol 0.01 a 0.03 mg/kg/día
- Valproato 20-60 mg/kg/día (dos a tres dosis diarias).
- Carbamacepina 15-30 mg/kg/día (dos a tres dosis diarias)

Ansiedad:

- Imipramina 1-2.5 mg/kg/día
- Valproato 20-60 mg/kg/día (dos a tres dosis diarias).

Inatención-hiperactividad-impulsividad:

- Metilfenidato 0.3-1.2 mg/kg/día (dos a tres dosis diarias)
- Risperidona 0.25 mg/día en peso menor a 50 Kg y hasta 1.5 mg en peso mayor a 50 Kg.
- Haloperidol 0.01 a 0.03 mg/kg/día

Estereotipias:

- Risperidona 0.25 mg/día en peso menor a 50 Kg y hasta 1.5 mg en peso mayor a 50 Kg
- Haloperidol 0.01 a 0.03 mg/kg/día

Análisis conductual aplicado:

- Un enfoque de tratamiento destacable para las personas con TEA se denomina análisis conductual aplicado (ABA). El ABA fomenta los comportamientos positivos y desalienta los negativos a fin de mejorar una variedad de destrezas. Se hace seguimiento y se mide el progreso del niño.
- Tratamiento y educación de niños con autismo y discapacidades de la comunicación relacionadas (TEACCH) El método TEACCH utiliza pistas visuales para enseñar destrezas. Por ejemplo, las tarjetas con imágenes pueden ayudar a enseñarle a un niño cómo vestirse dividiendo la información en pasos pequeños.

Terapia ocupacional

- La terapia ocupacional enseña destrezas que ayudan a la persona a vivir de la manera más independiente posible. Estas destrezas pueden incluir vestirse, comer, bañarse y relacionarse con las personas.

Terapia de integración sensorial

- La terapia de integración sensorial ayuda a la persona a lidiar con la información sensorial, como lo que ve, escucha y huele. La terapia de integración sensorial puede ayudar al niño al que le molestan ciertos sonidos o que no quiere que lo toquen.

Terapia del habla

- La terapia del habla ayuda a mejorar las destrezas de comunicación de una persona. Algunas personas pueden aprender destrezas de comunicación verbal. Para otras, el uso de gestos o paneles con imágenes es más realista.

Trastornos de la conducta en niños y niñas de 5 años al menor de 10 años.

Se refiere a aquellas alteraciones del comportamiento que se alejan notablemente de aquel esperado para la edad y para el desarrollo cognoscitivo, psicoafectivo y social.

Definición:

La expresión trastornos de la conducta agrupa a una gran variedad de manifestaciones sintomáticas que alteran de manera importante el desempeño social, escolar y familiar del niño o niña, para considerarlas como tales deben cumplir con las siguientes características:

- Que interfieran de manera importante con la adquisición de normas y pautas sociales y reaccionen en contra de ellas.
- Que no correspondan a reacciones comportamentales en el marco de otra entidad patológica específica (depresión, psicosis infantil, trastornos de ansiedad, entre otros)
- Que se manifieste según la edad cognoscitiva y social del niño.

Los trastornos de la conducta representan un término amplio que incluye trastornos más específicos, tales como el trastorno de hiperactividad o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) u otros trastornos conductuales. Los síntomas conductuales presentan diferentes niveles de gravedad y son muy comunes en la población. Solamente los niños que tienen un grado de moderado a grave de dificultades psicológicas, sociales, educativas u ocupacionales en múltiples entornos deben recibir el diagnóstico de trastornos de la conducta. En algunos niños con trastornos de la conducta, el problema persiste hasta la edad adulta.

¿Tiene el niño o niña problemas con la falta de atención y actividad excesiva?

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Falta de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspensión de las tareas antes de tiempo. • Dejar las tareas sin terminar • Cambios frecuentes de una actividad a otra <p>Hiperactividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad excesiva (desproporcionada para el contexto o la situación) • Dificultad para permanecer sentado • Hablar excesivamente o hacer demasiado ruido • Inquietud o intranquilidad excesiva • Impulsividad: • Emite respuestas antes de que termine de escuchar la pregunta. • Tiene dificultades para esperar su turno. • Se entromete o interrumpe a los demás (irrumpe en conversaciones o juegos). • Edad de aparición (menor a 7 años) y persistencia en diferentes entornos: Pueden tener problemas con los padres, maestros, hermanos, compañeros o en todas las áreas de funcionamiento. Si los problemas son en una sola área, considere las causas específicas de esa área. 	<p>Trastorno de atención e hiperactividad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrezca psicoeducación familiar • Considere la formación en habilidades para padres • Contacte al maestro del paciente para hacer plan de abordaje: que el niño se siente en la primera fila, dar tiempo adicional para que el niño entienda las tareas, dividir las tareas largas en contenidos más pequeños, explore si hay acoso escolar y tome las acciones necesarias. • Considere las intervenciones psicosociales, como: terapia cognitivo conductual y el entrenamiento en habilidades sociales. • Evalúe a los cuidadores con respecto al impacto de los trastornos de conducta y ofrézcales apoyo para sus necesidades personales • REFERIR A UN ESPECIALISTA (psiquiatra o psiquiatra infantil) para el tratamiento con metilfenidato solo si: <ul style="list-style-type: none"> - Fracasan las intervenciones antes mencionadas - El niño ha sido cuidadosamente evaluado. - El niño tiene por lo menos 6 años de edad. • NO se debe administrar metilfenidato a niños menores de 6 años • Monitoree los efectos secundarios y el potencial para el abuso o uso inadecuado del medicamento. • En la historia clínica, registre con regularidad los detalles de la prescripción y los efectos secundarios.

Medidas preventivas y de educación en salud.

En el hogar se debe recomendar a los padres:

- Definir reglas claras de consecuencias y premios para ciertos comportamientos.
- Ayudar al niño a terminar una tarea o encargo dividiéndolo en pasos menores.
- Aumentar la estructura y el orden en la casa.
- Establecer rutinas estables y predecibles para estructurar el tiempo.
- Eliminar ruidos y distracciones.
- Motivar al niño.

Recomendaciones para los maestros de niños con TDAH:

- Orientación a los maestros sobre el trastorno para evitar estigmatizar a los niños o catalogarlos erróneamente.
- Mantener una rutina predecible y un horario para actividades diarias.
- Supervisarle de forma frecuente.
- Utilizar un sistema claro de premios como el sistema de puntos.
- Establecer con el niño o adolescente alguna clase de señales con las que pueda indicarle que está haciendo cosas que no debe.
- Reforzar su autoestima integrándolo y tratándolo como a los demás compañeros de la clase.
- Dividir la clase en grupos pequeños para que los niños trabajen en equipo y se ayuden.
- Dejarle que salga del aula si se siente muy inquieto y necesita un descanso.
- Sentar al alumno adelante, lo más cerca del maestro.
- Sentarle lejos de niños que lo puedan distraer o pelearse con él.
- Dejar tareas cortas y dividir las en segmentos.

¿Muestra la niña o niño la evidencia de otros trastornos de conducta?

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta disocial, agresiva o desafiante en forma reiterada y persistente • Niveles excesivos de pelea o acoso escolar • Crueldad hacia otras personas o animales • Destrucción de cosas • Provocar incendios • Robar • Mentir reiteradamente • Falta injustificadamente a la escuela • Fugarse de la casa, • Berrinches frecuentes • Conducta desafiante • Desobediencia grave persistente. • Edad de inicio de los síntomas y su duración • Evalúe si los síntomas son apropiados para el nivel de desarrollo del niño 	<p style="text-align: center;">Probable trastorno de conducta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrezca psicoeducación familiar • Considere la formación en habilidades para padres • Contacte al maestro del paciente para hacer plan de abordaje: que el niño o niña se siente en la primera fila, dar tiempo adicional para que entienda las tareas, dividir las tareas largas en contenidos más pequeños, explore si hay acoso escolar y tome las acciones necesarias. • Considere las intervenciones psicosociales, como: terapia cognitivo conductual y el entrenamiento en habilidades sociales. • Evalúe a los cuidadores con respecto al impacto de los trastornos de conducta y ofrézcales apoyo para sus necesidades personales. • REFERIR A UN ESPECIALISTA (psiquiatra o psiquiatra infantil) para el tratamiento farmacológico sintomático solo si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fracasan las intervenciones antes mencionadas. ○ El niño ha sido cuidadosamente evaluado. ○ Si ha aumentado la agresividad e impulsividad.

Prevención de adicciones

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

De acuerdo con el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA), existen muchos factores de riesgo que pueden aumentar el abuso de drogas y factores de protección que pueden disminuir este riesgo.

Los factores de riesgo pueden afectar a los niños durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva.

Se pueden cambiar o prevenir los riesgos de los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares y comunitarias dirigidas a ayudar a que los niños desarrollen conductas positivas apropiadas.

Responder a estos riesgos antes de que se conviertan en problemas puede ser difícil, pero aquí en este ambiente la familia ejerce el rol más importante en la prevención de conductas de riesgo a través del fomento de los factores protectores. Según el NIDA, los programas de prevención basados en la investigación se enfocan en una intervención temprana en el desarrollo del niño para fortalecer los factores de protección antes de que se desarrollen los problemas de conducta.

El cuadro a continuación describe cómo los factores de riesgo y de protección afectan a las personas en cinco dominios, o ambientes, donde se pueden realizar las intervenciones.

Factor de riesgo	Dominio	Factor protector	Acciones a realizar
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta agresiva precoz • Dificultad en manejo de emociones • Falta de asertividad y autoestima. 	Individual	<ul style="list-style-type: none"> Autocontrol Asertividad Autoestima 	<p>La familia como modelaje de comportamiento. Los niños y niñas tienden a imitar el comportamiento de las personas que están alrededor con la finalidad de aprender de ese entorno.</p> <p>La familia es un ejemplo de conducta, si ante el estrés son capaces de no perder el control y lograr tomar decisiones asertivas para calmarlo, lo seguro es que están dando a sus hijos el mensaje más poderoso y le estarán obsequiando una habilidad para la vida.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de supervisión de los padres. • Pobre comunicación efectiva. • Hogar sin reglas, ni autoridad. 	Familia	Monitoreo de los padres	<p>Familia involucrada. Conocimiento de las actividades y amigos de los hijos e hijas. ¿Dónde están? ¿Qué hacen? ¿Con quién se relacionan, a dónde van y con quién? Fijarse en el programa de televisión que ven sus hijos, la frecuencia con que comen juntos, controlar la hora de llegada, conocer a sus amigos.</p> <p>Fortalecer los vínculos dentro de la familia. Practicar las demostraciones de afecto, así como las lúdicas (juegos) y conversar diariamente.</p> <p>La comunicación efectiva, fácil y el mayor apoyo social (emocional, material, informativo, formación de valores).</p> <p>La buena relación con todos los miembros de la familia, el llevarse bien en casa y la buena integración en las familias.</p> <p>La familia debe cumplir la función de regular a sus miembros en el cumplimiento de normas claras de vida.</p> <p>Permitirles expresar sus sentimientos y experiencias, escuchándolos con interés.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de sustancias • Presión de grupo • Desertores escolares • Problemas de adaptación y conflictos 	Compañeros	Aptitud académica	<p>Enseñarles a decir NO a las drogas</p> <p>Es una de las habilidades para resistir la presión del grupo y tomar decisiones autónomamente.</p> <p>Como familia debe informarse acerca de los riesgos y factores asociados al consumo de drogas.</p> <p>La familia debe de ser una buena influencia desde el cariño, la comprensión, envía mensajes claros respecto a cómo actuar, cómo decir no, como mantenerse firme en las convicciones.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de drogas 	Escuela	Políticas antidrogas	<p>Fortalecimiento de los vínculos con la escuela.</p> <p>Familias que se involucren en el aprendizaje y que se preocupan por la asistencia y rendimiento de sus hijos.</p> <p>Capacidad de reconocer los logros y progresos de los hijos.</p> <p>Fomentar la creatividad y potenciar los recursos personales, capacidades y habilidades.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente de violencia • Falta de actividades recreativas 	Comunidad	Fuerte apego	<p>Promover en los niños las actividades sanas y divertidas.</p> <p>Estimularlo para que realice actividades culturales, de recreación y deportivas.</p> <p>Apóyalo en el manejo efectivo del tiempo libre, harán menos probable que consuma drogas.</p> <p>Realizar actividades conjuntas, dado que constituyen oportunidades para reforzar y mantener las relaciones del sistema familiar.</p>

Medidas preventivas y de educación en salud

En el establecimiento de salud:

- Brindar información clara sobre los trastornos de conducta, haciendo énfasis en la detección temprana de síntomas y cómo manejarlos.
- Dar a conocer de forma clara a la familia y/o cuidadores las alternativas terapéuticas disponibles tanto farmacológicas como psicosociales, destacando la importancia de su continuidad para lograr la mejoría clínica.
- Destacar la importancia del seguimiento.

En el hogar se debe recomendar a los padres:

- Regular el número de horas de exposición a dispositivos electrónicos (TV, Tabletas electrónicas, PC, celulares) y supervisar y discutir la violencia que ven los niños y adolescentes en los programas de televisión, los videojuegos y las películas.
- Fomentar un mayor nivel de confianza mediante un consistente contacto visual, escuchándolo activamente, siendo amable para ayudarlo a incrementar el descubrimiento de pensamientos y sentimientos.
- Contribuya a restaurar su autoestima. No lo juzgue.
- Darle oportunidad para que explique sus razones a fin de entender porque actuó de determinada manera.
- Recuérdele que el respeto que pide es el mismo que debe ofrecer para los demás.
- Promover el involucramiento con pares prosociales

- Enriquecer las habilidades sociales (participando en actividades sociales y deportivas)
- Promover la comunicación familiar
- Identificar palabras y conductas que desencadenan comportamientos disruptos (ejemplo: evitar la palabra “no”, frases como “te voy a castigar”, “porque yo mando”, además evitar gestos agresivos o intimidantes y amenazas).

Recomendaciones para los maestros de niños

- Promover mejores relaciones con pares y maestros
- Promover la educación sexual
- Reconozca y elogie las conductas apropiadas
- Reconocer el liderazgo que puedan tener estos alumnos y utilizar esta virtud positivamente
- Identificar palabras y conductas que desencadenan comportamientos disruptos (ejemplo: evitar la palabra “no”, frases como “te voy a castigar”, “porque yo mando”, además evitar gestos agresivos o intimidantes y amenazas)
- Darle oportunidad para que explique sus razones a fin de entender porque actúo de determinada manera
- Evitar aplicar castigos sino poner consecuencias inmediatas o limitar privilegio
- Referir oportunamente al establecimiento de salud al detectar sintomatología o riesgo.

Promoción de la salud.

Es trascendental considerar que además de los factores biológicos (herencia genética, sexo y edad), la salud de las personas y de las poblaciones no sólo depende de los servicios que se prestan dentro del sector salud. Los estilos de vida, el ambiente físico y social, así como la posición que las personas ocupan dentro de la estructura socio económica por su nivel de educación, posición laboral, área geográfica (urbana, suburbana y rural), lugar donde viven, ingresos, la situación migratoria influyen en el comportamiento de los propios determinante de la salud, generando brechas entre las personas según su posición en la estructura social, y de ello, derivan desigualdades en la condición de salud y enfermedad.

Dado que la salud y la enfermedad son el resultado de una compleja interacción que involucra las condiciones geográficas, culturales, políticas y económicas que caracterizan a cada sociedad, de tal manera que la promoción de la salud y la prevención de enfermedades requieren del trabajo conjunto del sector público, social y privado, ya que muchos de los factores que determinan la salud de la población se encuentran fuera del sector salud, por lo que no dependen directamente del mismo.

En este sentido el personal cada establecimiento de salud deberá hacer explícitas sus acciones de promoción de la salud en la planificación operativa anual en relación con la salud de la niñez de 0 a 10 años de manera integral y multidisciplinaria.

Entre las actividades a desarrollar en las RIIS con participación de la intersectorialidad están:

- a) Fortalecimiento de la organización comunitaria para mejora de la salud con acciones de promoción de la salud.
- b) Acompañamiento de las iniciativas en la creación de ordenanzas, políticas locales, espacios para lograr la integración de las distintas organizaciones o estructuras comunitarias en todas las actividades en mención, elaboración de proyectos, gestiones financieras y sociales para el beneficio colectivo de familias, comunidades y municipios saludables desde la gestión territorial en promoción de la salud.
- c) Participación en la gestión de los gobiernos locales, involucramiento de las instituciones parte del sistema nacional de salud (ISSS, ISBM, Sanidad Militar) y comunidades del ámbito de intervención con la finalidad de mejorar la salud de la niños y niñas de 0 a 10 años.
- d) Creación de grupos de mujeres y hombres con niñas y niños para el fortalecimiento de los estilos de vida saludables.
- e) Formación de liderazgo comunitario (urbanas y rurales), aglutinados en el Foro Nacional de Salud (FNS) y otras estructuras organizativas.
- f) Elaboración y actualización permanente de un mapeo de actores y sectores claves para fomentar la cooperación intersectorial como herramienta necesaria para el logro de una mejora en las condiciones que inciden en el nivel de salud de los niños y niñas de 0 a 10 años
- g) Actualización continua del “Análisis de la Situación de Salud Integral” (ASSI) para la toma de decisiones oportunas.
- h) Aplicación del modelo educativo “La casa del agua saludable” en las diferentes intervenciones educativas en los componentes de agua, saneamiento y promoción de la higiene.
- i) Aplicación de la Política de Participación Social en Salud en las diferentes acciones de las personas de salud para la población meta.

Actividades de educación para salud a realizarse en RIIS

Se deben desarrollar diferentes técnicas educativas tales como: charlas educativas, consejerías educativas, entrevistas educativas, visitas domiciliarias, sesiones educativas, demostraciones, capacitaciones, ferias de la salud, sociodramas, entre otros. A la vez, se deben gestionar espacios en los diferentes medios de comunicación masiva y en las instituciones de su área geográfica de influencia. Estas intervenciones deben estar dirigidas a la población en general y a grupos en riesgo, con énfasis en la comunidad educativa que involucra a madres padres y cuidadores e niñas, niños y serán desarrolladas por un equipo multidisciplinario.

Promoción de la salud para los diferentes actores y ambientes en que se encuentre el niño o la niña

Educación sobre la alimentación

- Alimentarse adecuadamente en los horarios establecidos junto a la familia en la mesa, evitando distractores como la TV, tabletas electrónicas, celulares, entre otros.
- Evitar el consumo de bebidas gaseosas o jugos artificiales por su alto contenido de azúcares, así como la comida rápida con mucha frecuencia.
- No se debe comer de prisa, se debe masticar bien los alimentos.
- Se debe promover que se debe estar pendiente de la ganancia o pérdida de peso y talla, aún sin esperar que llegue el momento de su control en la UCSF.
- La alimentación adecuada no se debe visualizar como un problema individual, se debe solicitar la colaboración de la familia y demostrarle que es un proceso beneficioso para todos.
- Recordar que una alimentación sana evita problemas de desnutrición, sobrepeso u obesidad.

Recomendaciones para la actividad física

- Usar calzado y ropa adecuados.
- Si se hace deporte en espacios donde no se encuentren los cuidadores, y el niño o niña padece de alguna enfermedad crónica, se le debe explicar a los cuidadores que deben poner en su mochila medicamentos con una tarjeta que explique dosis de ellos y número de contacto en caso de emergencia.
- No se debe hacer ejercicios cuando se encuentre en ayuno.
- Después de haber consumido alimentos se debe esperar al menos dos horas, pues es el tiempo suficiente para la digestión.
- Si tiene fiebre, cuadros respiratorios o diarrea se debe posponer la actividad física.
- Si practica el niño o la niña deportes de contacto es importante señalar que se debe usar equipo protector para evitar lesiones.
- Recuerda que la actividad física promueve mejores estilos de vida en el presente y futuro.

Educación sobre prevención de violencia familiar

- Debe educarse con amor, sin gritos, groserías ni golpes.
- Debe establecerse tiempo de calidad para realizar actividades de paseo.
- Es importante recalcar la importancia del cumplimiento de controles de crecimiento y desarrollo, así como la búsqueda oportuna de ayuda ante morbilidad y el fiel cumplimiento de tratamientos dados por personal calificado en medicina.
- Identificar aquellos casos de trabajo forzado o trata de niños y niñas.
- Enseñar a los niños y niñas a no aceptar dulces o alimentos atractivos de personas desconocidas.

Educación sobre higiene personal

- Fomentar el lavado de manos antes de consumir alimentos.
- Mantener siempre las uñas cortas (corte recto) y limpias.
- Siempre debe usar calzado.
- Debe hacer uso correcto de letrinas e inodoros.
- Hacer limpieza de oídos, evitando el uso de hisopos u otros objetos.
- Antes de bañarse, debe enseñar a tener lista la ropa que usarán y el calzado limpio y adecuado.
- Debe acostumbrarse al baño diario, prestando atención a la correcta limpieza de cabeza, cuello, axilas, genitales, codos, rodillas y pies. Aunque eso no evita que deba de enjabonarse bien el resto del cuerpo.
- Después de la práctica de deporte, debe esperar al menos una hora para bañarse y retirar así la suciedad y malos olores.
- Es importante que los cuidadores sean quienes les enseñen con el ejemplo a mantener ordenado su cuarto, área de descanso y colocar la basura y ropa sucia en un lugar adecuado.
- Revisar constantemente sobre apareamiento de pediculosis, de estar presente, debe consultar en la UCSF correspondiente.

Entorno favorable a la salud

- No tener animales dentro del hogar.
- Los animales deben de estar vacunados y desparasitados.
- La vivienda debe estar limpia, con correcta entrada de luz y aire fresco.
- La basura debe encontrarse lo más alejado del hogar y bien tapada.
- A los alrededores de la casa evitar que crezca demasiado la maleza y realizar poda de árboles.
- Mantenimiento correcto de fosas, letrinas e inodoros.
- Evitar el acumulamiento de trastes después de comer.
- Mantener limpia la cocina, los alimentos tapados y alejados de los animales.
- Evitar depósitos que acumulen agua para evitar ser criaderos de zancudos.

Entorno favorable en la escuela

- Explicar que debe depositar la basura en su lugar.
- Debe saber identificar aquellos alumnos que es necesario referir para una atención por morbilidad, y el personal de salud realizar el retorno con un plan claro de tratamiento.
- Identificar cuáles son las áreas seguras en caso de un desastre.
- El personal de salud y maestros deben de garantizar la existencia de un botiquín de emergencias.

Recomendaciones para personal educativo

- Promover mejores relaciones con pares y maestros.
- Promover la educación sexual.
- Reconozca y elogie las conductas apropiadas.
- Educar para el consumo de alimentos saludables, y ser vigilantes de las loncheras y cafetines saludables.
Ver la normativa vigente en el siguiente link: <http://www.mined.gob.sv/index.php/descargas/send/1-root/6329-instructivo-cafetines-saludables>.
- Debe garantizar la oportunidad de consumir una cantidad adecuada de agua, en especial después de realizar educación física o actividades que provoquen pérdida de líquidos.
- Dar oportunidad para que explique sus razones a fin de entender porque actuó de determinada manera.

ALIMENTACIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Proteger, apoyar y promover la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños en situaciones de emergencia.

Una situación de emergencia produce en la población más vulnerable, alteraciones que limitan la realización de sus actividades y crea la necesidad de algún tipo de asistencia.

En el contexto alimentario nutricional, existen algunas situaciones de emergencia en las que se produce escasez de alimentos.

Las situaciones de emergencia perjudican el estado nutricional de la población, especialmente de la niñez, el cual depende de las condiciones de alimentación y nutrición que existan previamente.

Las acciones que el personal de salud debe seguir, en caso de una emergencia, con el objetivo de cuidar la salud y nutrición de la niñez son las siguientes:

1. Procurar crear y mantener un entorno o espacios propicios para la alimentación de niños y niñas.
2. Identificar espacios seguros dentro de los albergues, para que las madres y los lactantes puedan y recibir atenciones en salud y alimentación.
3. Asegurar que las condiciones en las que se preparan los alimentos cumplen con las medidas de seguridad e inocuidad de los mismos.
4. Vigilar que se cuente con acceso a agua segura.
5. Establecer medidas para asegurarse que los niños y niñas no reciban otro alimento o líquido (ni siquiera agua) más que solamente leche materna hasta los 6 meses de edad, la mejor forma de evitar la malnutrición y la mortalidad en lactantes y niños de corta edad, en las situaciones de emergencia.
6. Apoyar a las madres lactantes, a fin de que restablezcan lo más pronto posible la práctica de la lactancia.
7. Apoyar a las madres con niños y niñas abajo de los seis meses que se encuentren recibiendo lactancia materna exclusiva, para que continúe ofreciendo el pecho a libre demanda.
8. Brindar consejería a la madre para llevar a cabo la relactación, en aquellos casos de niños o niñas menores de seis meses, que se encuentran con un sucedáneo de la leche materna.
9. Verificar las condiciones en las que las madres realizan la desinfección de los utensilios utilizados para la alimentación del lactante, si por situaciones especiales hay niños y niñas alimentados con sucedáneos.
10. Brindar consejería sobre los riesgos a la salud por alimentación con biberón.
11. Estimular el uso de taza y cuchara para ofrecer los líquidos a niños y niñas mayores de seis meses. No usar pачas porque si las condiciones higiénicas no son buenas pueden causar diarreas u otros problemas de salud.
12. Continuar con lactancia materna acompañada de alimentación complementaria según edad en niños y niñas a partir de los 6 meses de edad.
13. Recomendar una alimentación natural de acuerdo con la edad del niño o niña, evitando alimentos como refrescos artificiales, golosinas, sodas y cualquier otro alimento no saludable.
14. Promover en cuidadores/as que apoyen a los niños y niñas pequeños/as para que consuman los alimentos que están disponibles y adecuados según la edad.
15. Proporcionar información y apoyo necesario para asegurar la correcta preparación de alimentos, así como de aquellos suplementos infantiles desconocidos (que hayan sido donados) provistos a través de programas alimentarios.
16. Evitar las donaciones no solicitadas e incontroladas de sucedáneos de la leche materna, aplicando lo estipulado en el artículo 34 de la Ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

17. Ofrecer atenciones preventivas y curativas según lineamientos de atención integral.
18. Para evaluación del estado nutricional, en búsqueda de casos de desnutrición aguda, cuando la situación lo requiera se debe utilizar la técnica de toma de perímetro braquial, para lo cual se usan los puntos de corte según los estándares de referencia de la OMS/2006

Para proteger, apoyar y promover la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños en situaciones de emergencia, también se debe garantizar el cumplimiento de lo establecido en los Lineamientos Técnicos para la preparación, respuesta y rehabilitación de los servicios de Básicos de Salud en Emergencias y Desastres de la página 18 a la página 22.

VII. Disposiciones finales

Sanciones por incumplimiento

Es responsabilidad de todo el personal de salud involucrado en la atención de niñas y niños menores de diez años, en el Primer Nivel de Atención, darle cumplimiento a los presentes Lineamientos, en caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

Derogatoria

Dejase sin efecto los Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de 5 años, oficializado el 23 de diciembre del año 2013.

De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por el presente documento, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

Anexos

Forman parte de este documento los siguientes anexos:

Anexo 1: Pasos para la estabilización de niños y niñas, antes y durante traslado.

Anexo 2: Gráfica de crecimiento de niñas de 0 a 24 meses.

Anexo 3: Gráfica de crecimiento de niñas de 2 a menor de 5 años.

Anexo 4: Gráfica de crecimiento de niños de 0 a 24 meses.

Anexo 5: Gráfica de crecimiento de niños de 2 a menor de 5 años.

Anexo 6: Gráfica de Índice de masa corporal para la edad, niñas y adolescentes de 5 a 19 años.

Anexo 7: Gráfica de Índice de masa corporal para la edad, niños y adolescentes de 5 a 19 años.

Anexo 8: Niveles de Tensión Arterial en niños según edad y percentil de talla.

Anexo 9: Niveles de Tensión Arterial en niñas según edad y percentil de talla.

Anexo 10: Escala simplificada de desarrollo de niñas y niños menores de 5 años.

Anexo 11: Evaluación del desarrollo en niños y niñas de 5 a menores de 10 años.

Anexo 12: Rangos de referencia de frecuencia respiratoria, cardíaca y hemoglobina en menor de 6 meses.

Anexo 13: Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar anemia.

Anexo 14: Hoja de atención de niñas y niños con sibilancias, en área de inhaloterapia.

Anexo 15: Tabla de Clement – Clark.

Anexo 16: Tablas de referencia/ interpretación del peak- flow. Valores normales teóricos del flujo respiratorio pico.

Anexo 17: ¿Como se realiza la flujometría?

Anexo 18: Cartilla de Snellen mayor de 3 años y menor de 6 años

Anexo 19: Cartilla de Snellen para mayores de 6 años o que sepan leer.

Anexo 20: Esquema Nacional de Vacunación.

Anexo 21: Evaluación de riesgo social.

Anexo 22: Hoja de atención integral para la inscripción y control subsecuente hasta los 28 días.

Anexo 23: Hoja de atención integral para la inscripción y control subsecuente desde los 29 días hasta menor de 5 años.

Anexo 24: Hoja de atención integral para el niño y niña de 5a a menor de 10 años.

Terminología.

APGAR: Es una prueba de evaluación de la vitalidad de la niña o niño que se realiza justo cuando acaba de nacer. Se valora a través de una puntuación determinada al minuto de nacer, a los 5 minutos y a los 10 minutos. Se examinan el ritmo cardíaco, la respiración, el tono muscular, los reflejos y el color de la piel.

CRUP: Es una enfermedad común en la niñez que se produce a causa de una infección viral. El virus produce inflamación en las vías respiratorias superiores que incluyen la laringe y la tráquea. La inflamación puede ocasionar cambios en la voz de su niño y provocarle dificultades para respirar.

Comunidad: es un grupo de personas que viven juntas en un lugar urbano o rural, que se relacionan entre sí en todo momento, para resolver sus problemas cotidianos y que por lo general comparten características, valores, actividades, recursos e intereses comunes.

Crecimiento: es un proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular; ocurre básicamente por medio de dos mecanismos posibles que se dan en todos los seres vivos: la hiperplasia y la hipertrofia.

Diarrea: Es la evacuación de heces excepcionalmente sueltas o líquidas, generalmente en un número mayor de tres en 24 horas. Sin embargo, la disminución de la consistencia es incluso más importante que la frecuencia. No se considera diarrea a la evacuación frecuente de heces firmes. Los niños alimentados sólo con leche materna a menudo presentan heces sueltas o “pastosas” y tampoco en este caso se considera diarrea.

Desarrollo: es la diferenciación de la forma o de adquisición de nuevas funciones como resultado del aumento en madurez de las diferentes estructuras del organismo.

Dispensarización: es un proceso que consiste en la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social, con el propósito de influir en su mejora mediante la planificación y el desarrollo de acciones que contribuyan a ello.

Estimulación Temprana: es la atención que se da al niño o niña en las primeras etapas de su vida con el objetivo de desarrollar y potenciar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales y afectivas, mediante programas sistemáticos y secuenciales que abarcan todas las áreas del desarrollo humano, sin forzar el curso lógico de la maduración.

Intervención Temprana: Es el conjunto de los servicios interdisciplinarios que se proveen a niños que presentan vulnerabilidades en su desarrollo o incapacidades, en el período que va desde el nacimiento hasta los 3 años, abarcando estos servicios también a sus familias.

Maltrato infantil: son los abusos y la desatención de que son objeto las niñas y los niños, incluyendo todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño o la niña, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Menores de 10 años: se entenderá para los niños y las niñas que de acuerdo con su edad cronológica tengan hasta nueve años y trescientos sesenta y cuatro días.

Modelo de atención en salud familiar: se fundamenta en la estrategia “Atención Primaria en Salud Integral”, con un abordaje integral del individuo a lo largo de su curso de vida, la familia y la comunidad;

así como la toma del control por parte de la ciudadanía de la determinación social de la salud, para reducir la inequidad en la gestión y prestación de servicios de salud; reconociendo las bondades de la promoción así como la prevención de enfermedades a partir de la detección temprana de condicionantes y riesgos.

Neumonía adquirida en la comunidad: es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar, de origen infeccioso, que se inicia fuera del ambiente hospitalario, en un paciente previamente sano. Esta puede ser determinada únicamente por parámetros clínicos como es dificultad respiratoria, fiebre y tos.

RPR: La Reagina Plasmática Rápida, es una prueba de detección para sífilis. Busca anticuerpos presentes en la sangre de niñas y niños que pueden tener la enfermedad.

Sibilancia: corresponden a un sonido silbante y chillón durante la respiración que ocurre cuando el aire fluye a través de las vías respiratorias estrechas. El sonido de las sibilancias es más evidente cuando se exhala (expulsar el aire), pero también se puede escuchar al inhalar (tomar aire).

Sibilante temprano: es aquel paciente que inicia la presencia de dichos eventos antes de los tres años de edad.

Test de Ballard: Es una técnica clínica comúnmente usada para el cálculo indirecto de la edad gestacional de un recién nacido. El test le asigna un valor a cada criterio de examinación, la suma total del cual es luego extrapolado para inferir la edad gestacional, los criterios utilizados se dividen en físicos y neurológicos.

Vulneración de Derechos: Se entenderá por vulneración de derechos cualquier práctica que por acción u omisión de terceros transgredan al menos uno de los derechos de los niños y niñas.

VIII. Vigencia

Los presentes lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de firma de los mismos, por parte de la titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador, a los 28 días del mes de junio del año dos mil dieciocho.



Dra. Elvia Violeta Menjivar Escalante
Ministra de Salud

Et

BIBLIOGRAFIA

- Abitbol CL1, Bauer CR, Montané B, Chandar J, Duara S, Zilleruelo G., Long-term follow-up of extremely low birth weight infants with neonatal renal failure. *Pediatric Nephrology*. 2003 Sep;18(9):887-93. Epub 2003 Jun 27.
- Abuhaloob, L. and Petersen, P. E. (2017), Oral health status among children and adolescents in governmental and private schools of the Palestinian Territories. *Int Dent J*.
- Acosta-Torres SM, Torres-Espina MT, Colina-Araujo JA, Colina-Chourio JA; Use fullness of the Kramer's index in the diagnosis of hyperbilirubinemia of the newborn. *Invest Clin* 2012; 53(2): 148 - 156
- Adamantia Liapikou & Antonio Torres (2013) Current treatment of community-acquired pneumonia, *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 14:10, 1319-1332.
- Alimentación de Lactantes y Niños/as Pequeños/as en emergencia, Grupo Medular para la alimentación de lactantes y niños pequeños en emergencias (IFE) Versión 2.1 febrero 2007
- Amaral JJ, Victora CG, Leite AJ, Cunha AJ. Implementation of the Integrated Management of Childhood Illnesses strategy in Northeastern Brazil, *Rev Saude Publica*. 2008 Aug;42(4):598-606. Epub 2008 Apr 30.
- Amaral João, Gouws Eleanor, Bryce Jennifer, Leite Álvaro Jorge Madeiro, Cunha Antonio Ledo Alves da, Victora Cesar G.. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2004.
- American Academy of Pediatrics, Ayudando a los bebés a sobrevivir, Cuidados esenciales para Cada Bebé, Guía de proveedores, 2014.
- American Academy of Pediatrics, Helping Babies Breathe, The Golden Minute, Plan de Acción, 2010.
- Ana Peñalba Citores, Rafael Marañón Pardo, Tratamiento de las quemaduras en urgencias Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid
- Ana-Luisa Vilas-Boas, Maria-Socorro H. Fontoura, Gabriel Xavier-Souza, ; Comparison of oral amoxicillin given thrice or twice daily to children between 2 and 59 months old with non-severe pneumonia: a randomized controlled trial, *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, Volume 69, Issue 7, 1 July 2014, Pages 1954–1959, <https://doi.org/10.1093/jac/dku.070>
- Antonella Juline von Rosen, Frederik Tilmann von Rosen, Peter Tinnemann, Falk Müller-Riemenschneider, "Sexual Health and the Internet: Cross-Sectional Study of Online Preferences Among Adolescents", *Journal of Medicine Internet Research* 2017 (Nov 08); 19(11):e379
- Baqui AH, El-Arifeen S, Darmstadt GL, et al. Projahnmo Study Group. Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet* 2008 Jun 7;371(9628):1936-44
- Benguigui Yehuda, Bosio Juan Carlos, Arias, Sergio Javier, AIEPI en las Américas. Enfermedades Prevalentes de la Infancia en las Américas, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C, 2008.
- Berglund S, Domellöf M., Meeting iron needs for infants and children, *Current Opinion in Clinical Nutrition Metabolic Care*. 2014 May;17(3):267-72
- Bishai, D., Mirchandani, G., Pariyo, G., Burnham, G. and Black, R. (2008), The cost of quality improvements due to integrated management of childhood illness (IMCI) in Uganda. *Health Economics*., 17: 5–19.
- Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*. 2009 Jun;36(2):97-109.
- Campaña Nacional de información para una Nueva Vida. 10 recomendaciones para prevenir que tus hijos utilicen drogas. Gobierno federal de Mexico, 2010.
- Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre, Proyecto

Esfera, 2a edición. 2004.

- Chiu SH, Anderson GC. Effect of early skin-to-skin contact on mother-preterm infant interaction through 18 months: randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2009 Sep;46(9):1168-80.
- Claudia Romagnoli, Vania Kuzmanic & Luis Caris, *La familia y su rol en la prevención de conductas de riesgo: Factores protectores.*, (2ª Edición, 2015). VALORAS UC.
- Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: preguntas frecuentes (actualización de 2017), Ginebra (Suiza), Organización Mundial de la Salud, 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI, Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud, Bogotá D.C., Viceministro de Salud y Bienestar, Colombia, 2010.
- Curso Clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con Enfoque de Derechos: Manual de Lectura, Ministerio de Salud de Perú, 2007.
- De Silva AM, Hegde S, Akudo Nwagbara B, Calache H, Gussy MG, Nasser M, Morrice HR, Riggs E, Leong PM, Meyenn LK, Yousefi-Nooraie R. Community-based population-level interventions for promoting child oral health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 12.
- Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Normatización Técnica Salud de la niñez, normas de Atención Integral a la Niñez, Ministerio de Salud de Ecuador, 2011.
- Domellöf M, Braegger C, Campoy C, Colomb V, Decsi T, Fewtrell M, Hojsak I, Mihatsch W, Molgaard C, Iron requirements of infants and toddlers, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2014 Jan;58(1):119-29.
- Dr. Alejandro Villatoro Martínez, Urgencias medico Quirúrgicas, Asfixia Por Inmersión Síndrome De Casi Ahogamiento, The American British Cowdray Medical Center Santa Fe UMAE General Centro Médico Nacional La Raza IMSS, México D. F. 2005.
- Dra. Antonieta Hernández, Dr. Luis Ruiz, Dr. Jairo Osorno traductor. *Consejería en Lactancia Materna: Curso de capacitación*, Edición revisada, 1998.
- El Salvador, Ministerio de Salud. 2012. Norma Técnica de Atención en Salud Bucal. San Salvador
- El Salvador, Ministerio de Salud. 2017. Lineamientos técnicos de salud bucal del Sistema Nacional de Salud. San Salvador
- Equipo técnico, "Lineamientos técnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados", Ministerio de Salud, San Salvador, 2017.
- Equipo técnico, Guía Clínica para la atención hospitalaria del neonato, 2º Edición, San Salvador, El Salvador, El Salvador C.A. AECID USAID.2011
- Equipo técnico, Lineamiento para la atención integral en salud del prematuro con peso menor de 2000g al nacer. 1º Edición. San Salvador, El Salvador, Imagenografía El Salvador S.A. de C. V.
- Farley R, Spurling GK, Eriksson L, Del Mar CB. , Antibiotics for bronchiolitis in children under two years of age, *The Cochrane Database Systematic Reviews*. 2014 Oct 9;(10):CD00518.
- GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA), *Global Strategy for Asthma management and prevention*, Update 2017.
- GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA), *Guía de bolsillo para profesionales de la Salud*, Basada en la estrategia mundial para el tratamiento y la prevención del asma, Actualización de 2016.
- Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia Bogotá D.C., Colombia: OPS, 2010.
- Guía para la prevención de Accidentes en la infancia. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo.

- Hurwitz, Lisa B. et al. "When you're a Baby You Don't Have Puberty": Understanding of Puberty and Human Reproduction in Late Childhood and Early Adolescence." *The Journal of early adolescence* 37.7 (2017): 925–947. PMC. Web. 28 Nov. 2017.
- Imdad A, Yakoob MY, Sudfeld C, Haider BA, Black RE, Bhutta ZA., Impact of vitamin A supplementation on infant and childhood mortality. *BMC Public Health* 2011; 11 (suppl 3): S20.
- INCAP. Asistencia alimentaria durante situaciones de emergencia. Notas técnicas. Pp / nt / 017.
- Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños, UNICEF.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA), Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes, Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad Segunda Edición Versión Abreviada. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud.
- Kalter HD, Schillinger JA, Hossain M, Burnham G, Saha S, de Wit V, Khan NZ, Schwartz B, Black RE. Bull, identifying sick children requiring referral to hospital in Bangladesh. *World Health Organ.* 1997; 75 Suppl 1:65-75.
- Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart-Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 3.
- Kendrick, D., Young, B., Mason-Jones, A. J., Ilyas, N., Achana, F. A., Cooper, N. J., Hubbard, S. J., Sutton, A. J., Smith, S., Wynn, P., Mulvaney, C., Watson, M. C. and Coupland, C. (2013), Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention (Review). *Evid.-Based Child Health*, 8: 761–939
- Kim Y. Effects of a breast-feeding empowerment program on exclusive breast-feeding. *J Korean Acad Nurs.* 2009 Apr;39(2):27987
- Kundra S, Singh T, Chhatwal J., August, Utility of Indian adaptation of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) algorithm, *The Indian Journal of Pediatrics*, 2008, Volume 75, Issue 8, pp 781–785.
- Kwinta P, Klimek M, Drozd D, et al. Assessment of long-term renal complications in extremely low birth weight children. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany)*. 2011.
- Laura Petrarca, Tiago Jacinto, and Raffaella Nenna, Breathe (Sheff), The treatment of acute bronchiolitis: past, present and future., *Breathe* Mar 2017, 13 (1) e24-e26 2017 Mar; 13(1): e24–e26.
- Lineamientos técnicos para la preparación, respuesta y rehabilitación de los servicios básicos de salud en emergencias y desastres. Ministerio de Salud. El Salvador, 2011.
- Lodha R, Kabra SK, Pandey RM., Antibiotics for community-acquired pneumonia in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 4;(6):CD004874.
- Lodha R, Randev S, Kabra SK., Oral Antibiotics for Community acquired Pneumonia with Chest indrawing in Children Aged Below Five Years: A Systematic Review. *Indian Pediatric.* 2016 Jun 8; 53(6):489-95.
- Luna MS, Alonso CR, Mussons FB, et al. Recommendations for the care of the healthy normal newborn at delivery and during the first postnatal hours. *An Pediatr (Barc)*. 2009 Oct;71(4):349-61.
- María Teresa Benítez, Principales accidentes por edades (menor de 6 meses, de 6 a 12 meses, de 1 a 3 años, de 3 a 6 años, de 7 a 12 años, mayores de 12 años). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida, Guía para el promotor de "Nueva Vida". Capítulo V. Estrategias para la prevención de las adicciones
- Maureen M Black Anna M Quigg Kristen M Hurley Margery Reese Pepper, Iron deficiency and iron-deficiency anemia in the first two years of life: strategies to prevent loss of developmental potential, *Nutrition Reviews*, Volume 69, Issue suppl_1, 1 November 2011, Pages S64–S70
- OPS / INCAP. Proyecto subregional de apoyo técnico a los programas de alimentación a grupos. Propag. Guía para la planificación de actividades de alimentación y nutrición en programas de emergencia.

- Organización Panamericana de la salud “Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería” Washington, D.C.: OPS, 2009.
- Organización Panamericana de la Salud “Seguimiento y Monitoreo de AIEPI neonatal: metodología e instrumentos genéticos” Washington, D.C.: OPS, 2009.
- Organización Panamericana de la Salud “Tratamiento de la diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud” Washington, D.C.: OPS, 2008.
- Organización Panamericana de la Salud, Investigaciones Operativas en Salud y Nutrición de la Niñez en el Perú, octubre 2008.
- Orton E, Whitehead J, Mhizha-Murira J, Clarkson M, Watson MC, Mulvaney CA, Staniforth JUL, Bhuchar M, Kendrick D. School-based education programmes for the prevention of unintentional injuries in children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 12.
- Oyo-Ita A, Wiysonge CS, Oringanje C, Nwachukwu CE, Oduwole O, Meremikwu MM, Interventions for improving coverage of childhood immunisation in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jul 10;7:CD008145
- Quemaduras, primeros auxilios a los niños. *Guía infantil.com*
- Rodrigues CMC, Challenges of Empirical Antibiotic Therapy for Community-Acquired Pneumonia in Children. *Curr Ther Res Clin Exp.* 2017 Jan 16;84:e7-e11
- Rodríguez-Soriano J, Aguirre M, Oliveros R, Vallo A., Long-term renal followup of extremely low birth weight infants, *Pediatric Nephrology.* 2005 May;20(5):579-84. Epub 2005 Mar 22.
- Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, Coggins R, Gagnon L, Cols., Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion (Update), *Otolaryngology Head and Neck Surgery.* 2016 Feb; 154.
- Starzec K, Klimek M, Grudzień A, Jagła M, Kwinta P. Longitudinal assessment of renal size and function in extremely low birth weight children at 7 and 11 years of age. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany).* 2016;31(11):2119-2126. doi:10.1007/s00467-016-3413-6.
- Stevens GA, Bennett JE, Hennocq Q, Lu Y, De-Regil LM, and col., Trends and mortality effects of vitamin A deficiency in children in 138 low-income and middle-income countries between 1991 and 2013: a pooled analysis of population-based surveys, *Lancet Glob Health.* 2015 Sep; 3(9):e528-36.
- Tarun Gera, Dheeraj Shah, Paul Garner, Marty Richardson, and Harshpal S Sachdev, Integrated management of childhood illness (IMCI) strategy for children under five, *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 July 1; (6): 1–61.
- The integrated management of childhood illness: Haiti's example, *Arrivé E1, Perez F, Pierre LM., Sante.* 2004 Jul-Sep;14(3):137-42.
- Ulrickson, Molly PA-C, Oral rehydration therapy in children with acute gastroenteritis, *Journal of the American Academy of Physician Assistants: January 2005 - Volume 18 - Issue 1 - p 24–29.*
- Vision screening in infants, children and youth. *Pediatrics & Child Health.* 2009; 14(4):246-248.
- Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4.
- WHO and UNICEF Joint Statement. Home visits for the care of the newborn child: complementary strategy to improve newborn survival. 2008
- WHO. Serum retinol concentrations for determining the prevalence of vitamin A deficiency in populations. Geneva: World Health Organization, 2011.
- WHO. Vitamin and mineral nutrition information system, WHO global database on vitamin A deficiency. Geneva: World Health Organization, 2014.
- William W. Hay, Jr., MD, Myron J. Levin, MD, Judith M Sondheimer, MD, Rubin R. Deterding, MD. *Diagnóstico y tratamiento pediátrico.* 19° Edición México McGraw Hill Lange. 2009.
- Zamora Vanesa, Zanfagnini Alexis, Arrieta Laura., Accidentes domiciliarios en niños de uno a seis años., Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza Argentina., bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5765/zamora-vanesa1.pps

- Ziegler, E. E., Nelson, S. E. and Jeter, J. M. (2011), Iron supplementation of breastfed infants. *Nutrition Reviews*, 69: S71–S77.

ANEXOS

Anexo 1

Pasos para la estabilización de niños y niñas, antes y durante el traslado.



Adaptado de cuadro de procedimiento, Colombia 2012 y Lineamientos AIEPI, año 2013.

ANEXO 2.

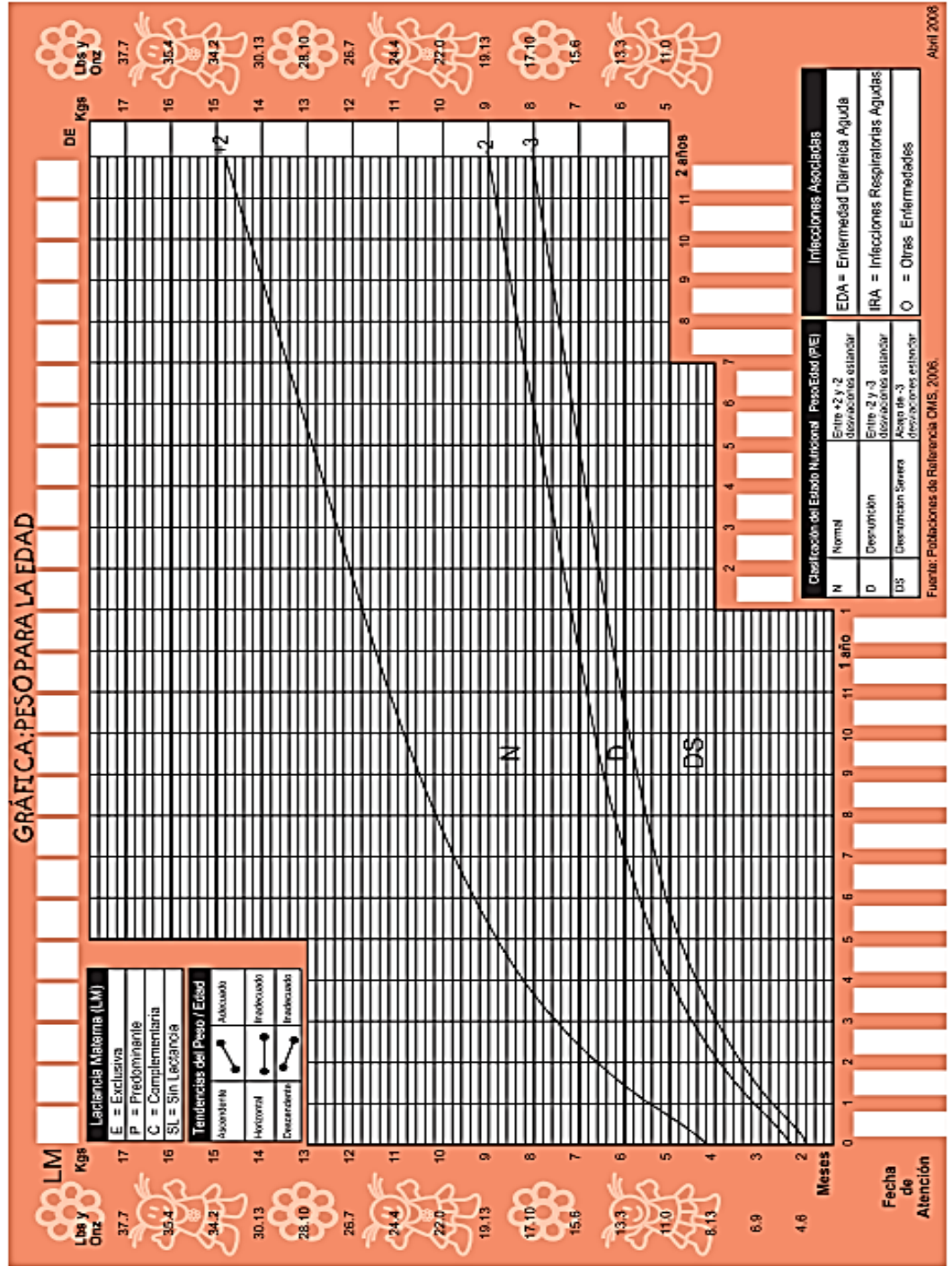


Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición
GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 0 A 24 MESES



Nombre: _____ No. de Expediente _____

Fecha de nacimiento: _____ Talla al nacer: _____

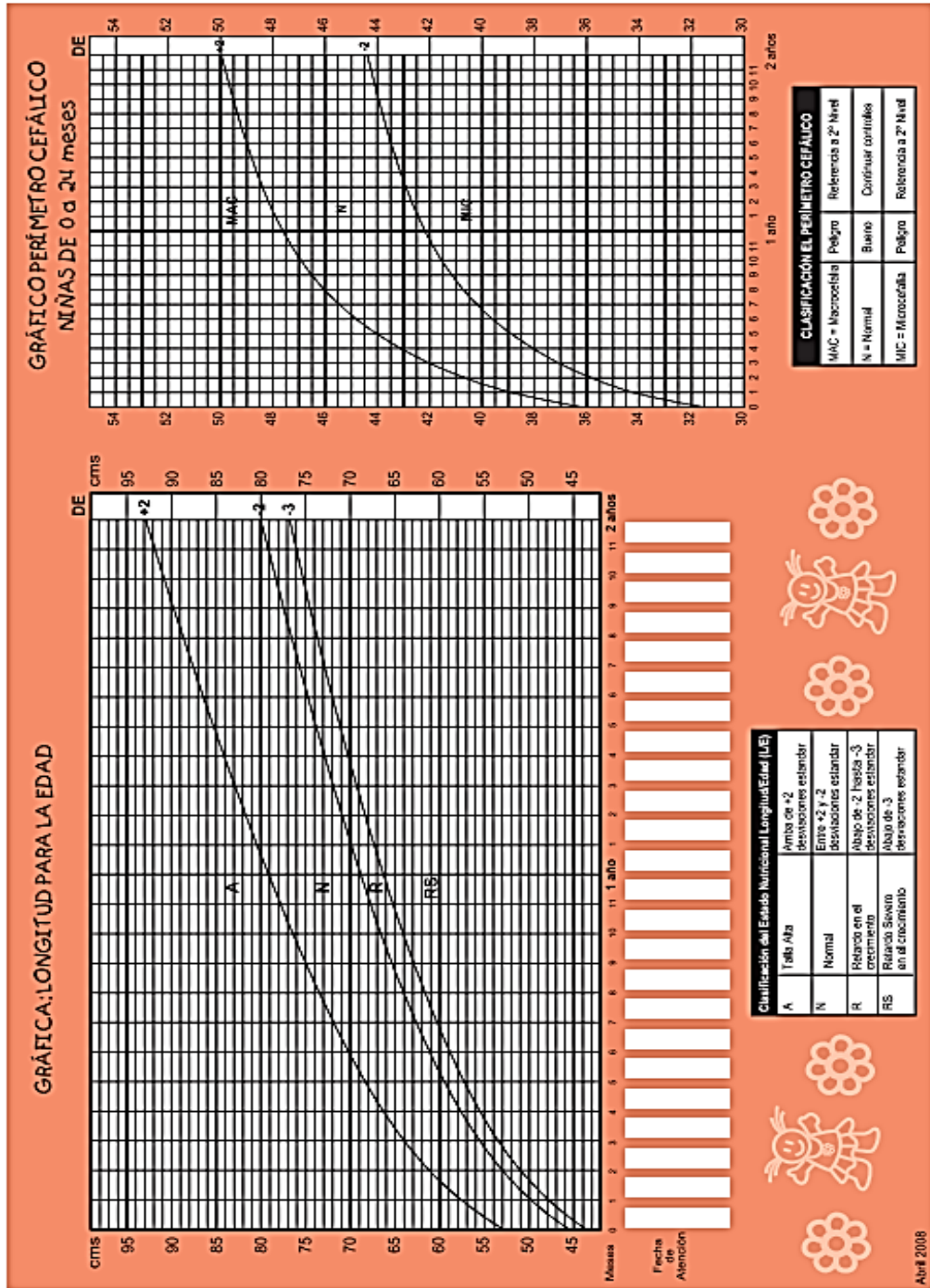




MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE
EL SALVADOR
UNIMUNDO PARA CRECER



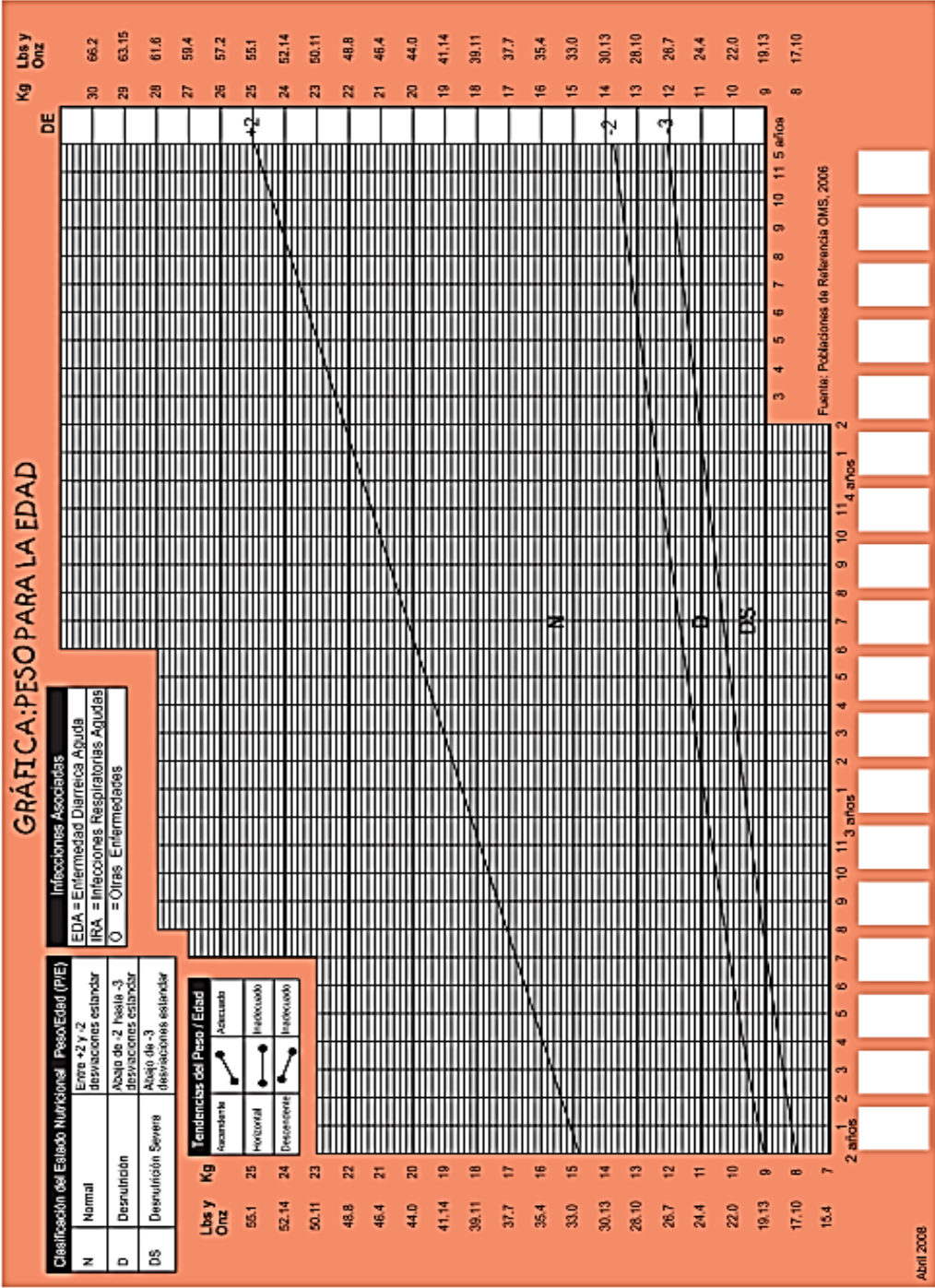
Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 0 A 24 MESES



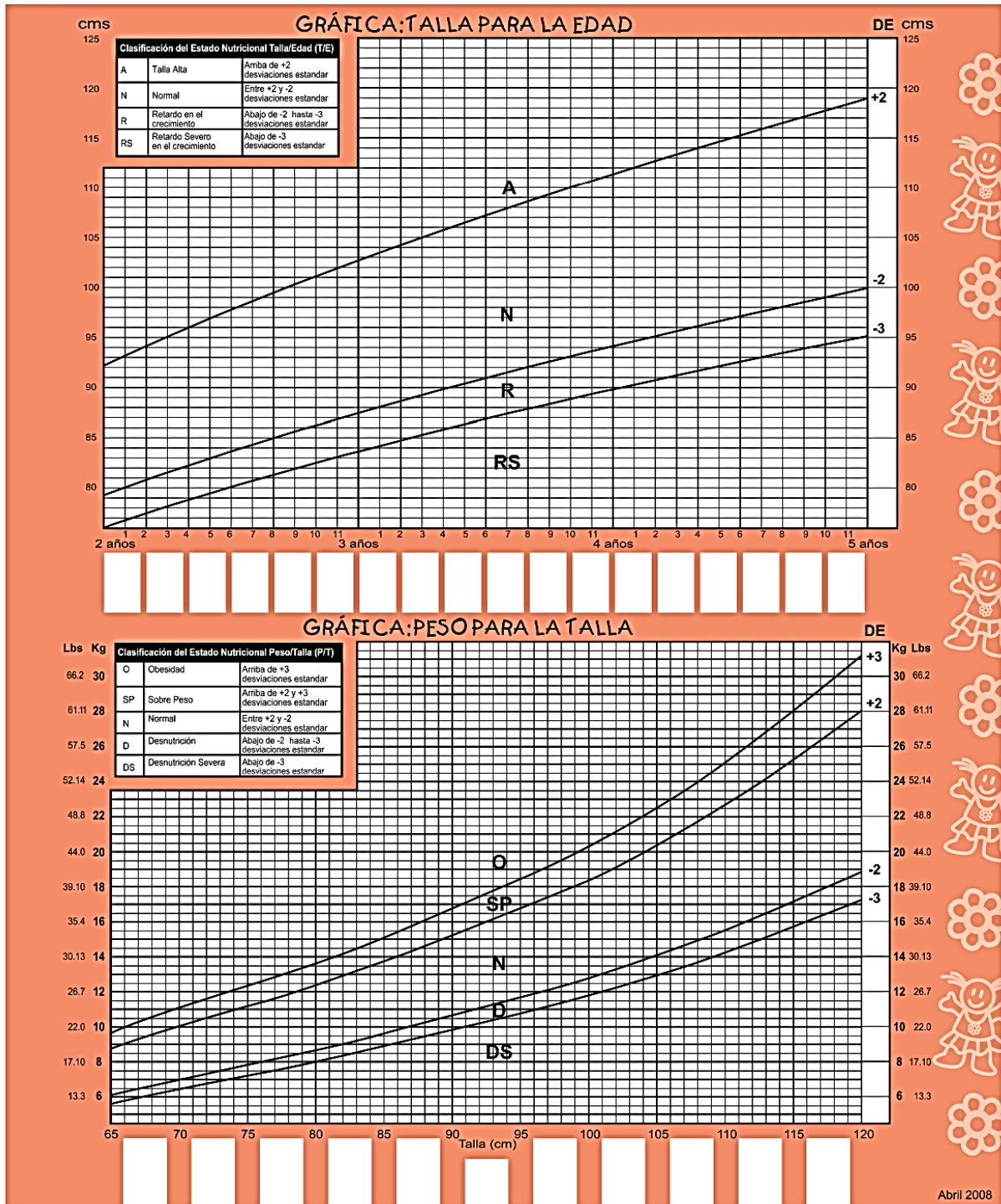


Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición
GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente _____



Fuente: Poblaciones de Referencia OMS, 2006





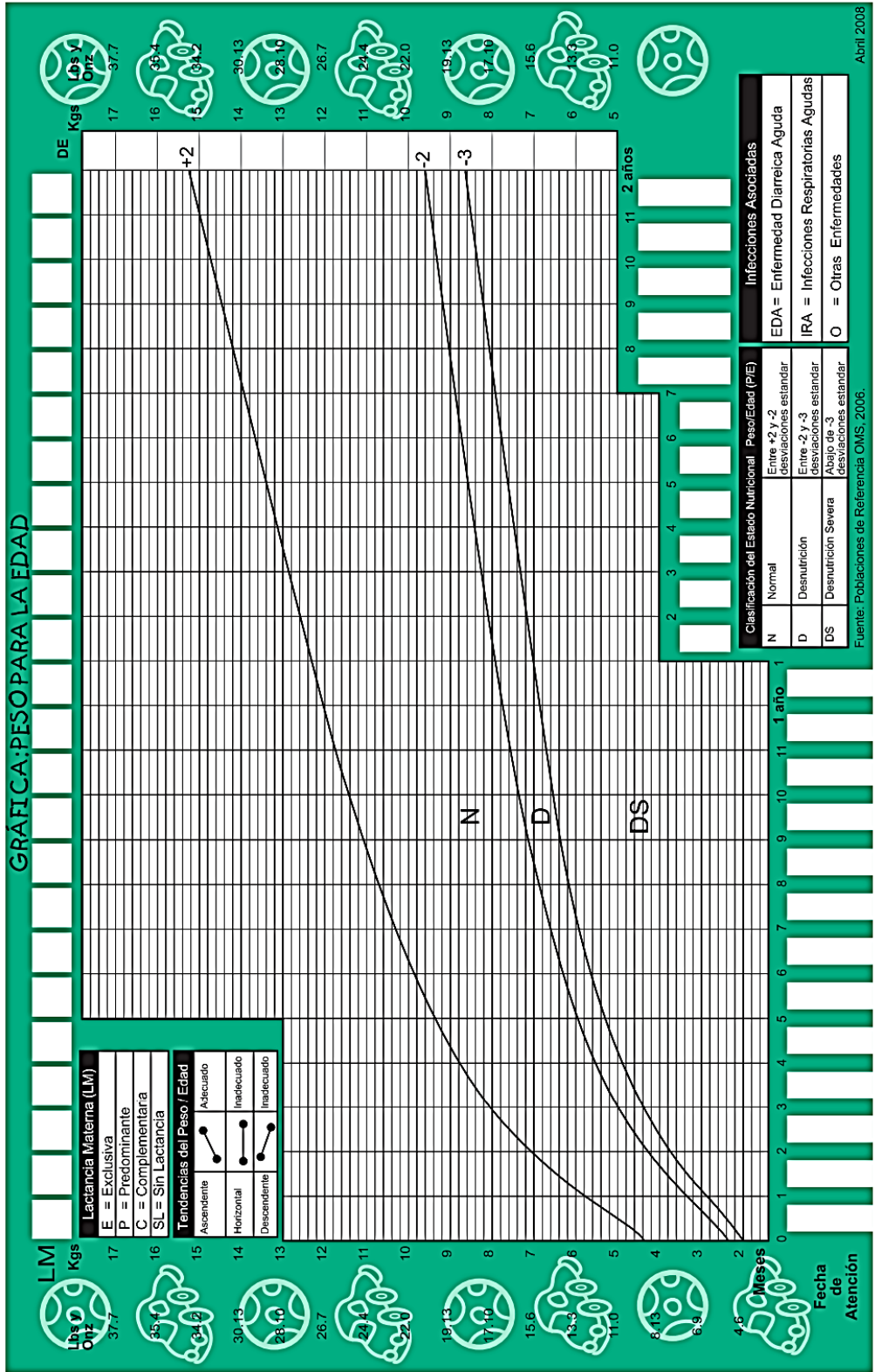
Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición
GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 0 A 24 MESES



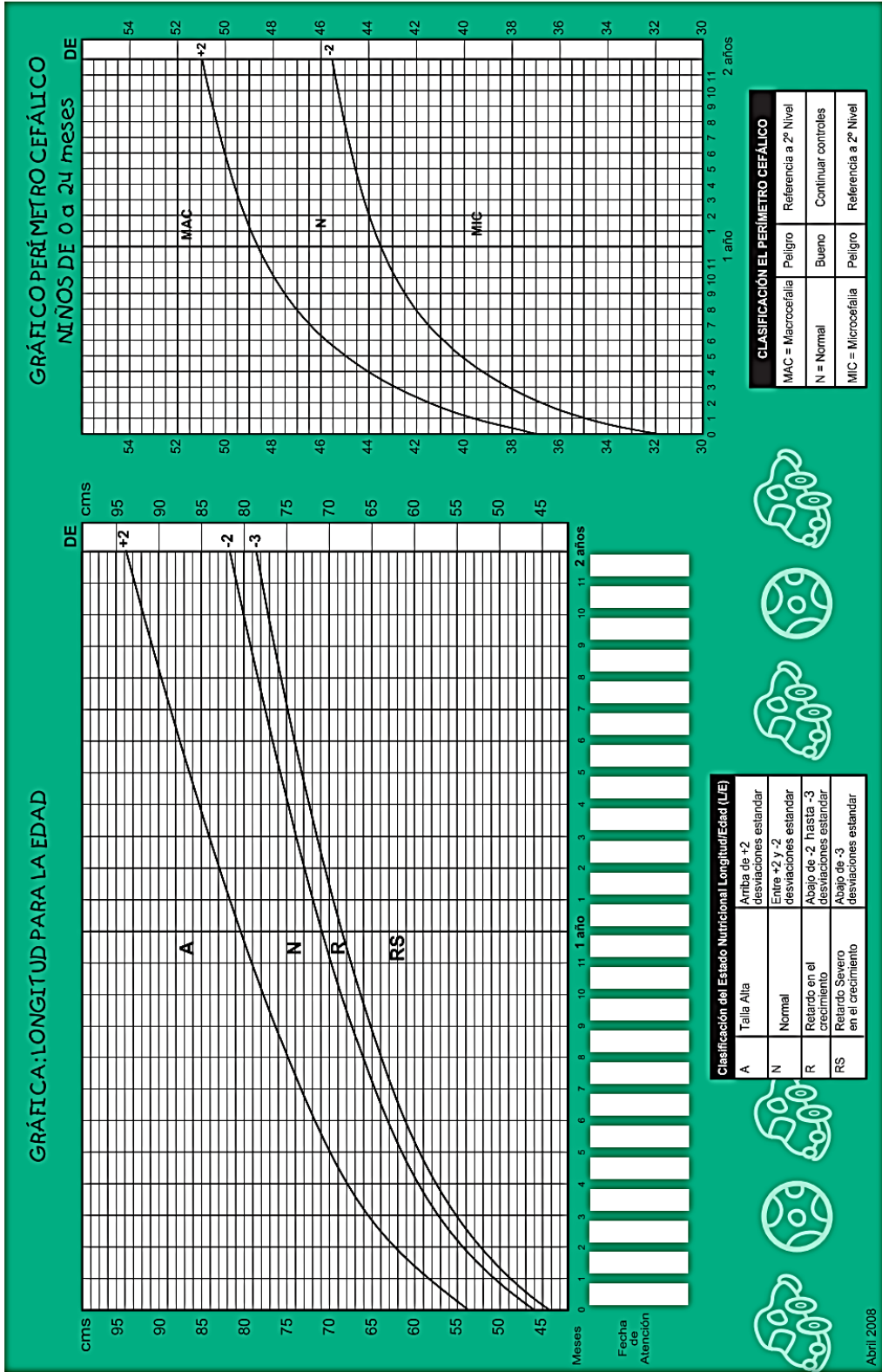
Nombre: _____ No. de Expediente _____

Fecha de nacimiento: _____ Talla al nacer: _____

Peso al nacer: _____



Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 0 A 24 MESES

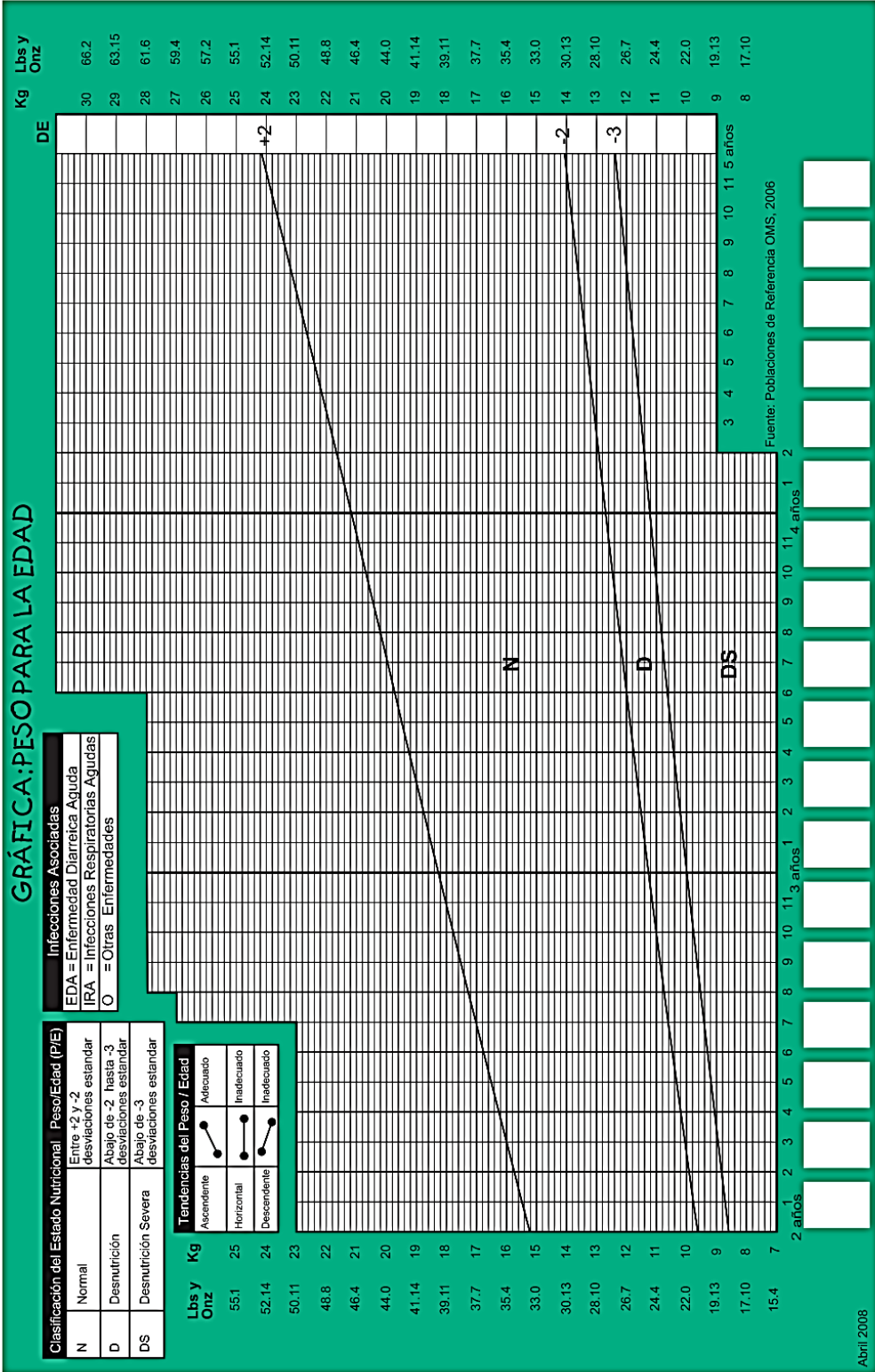


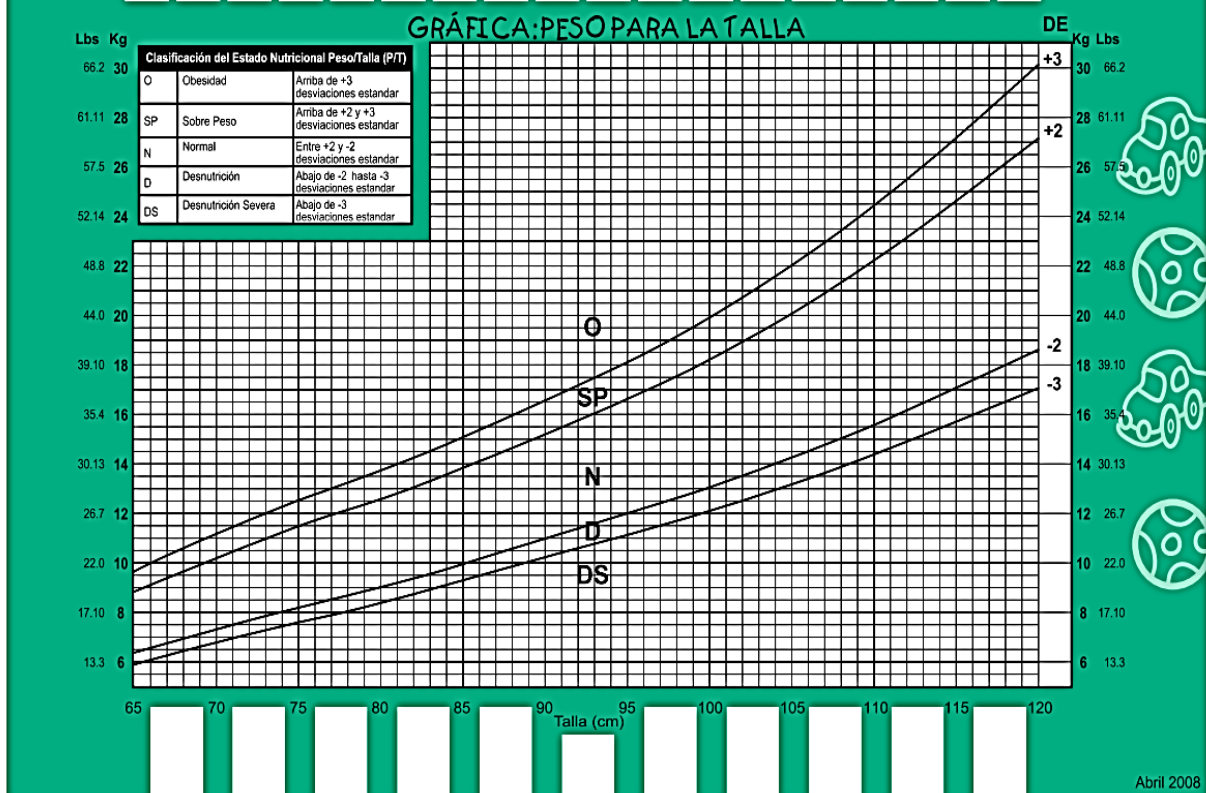
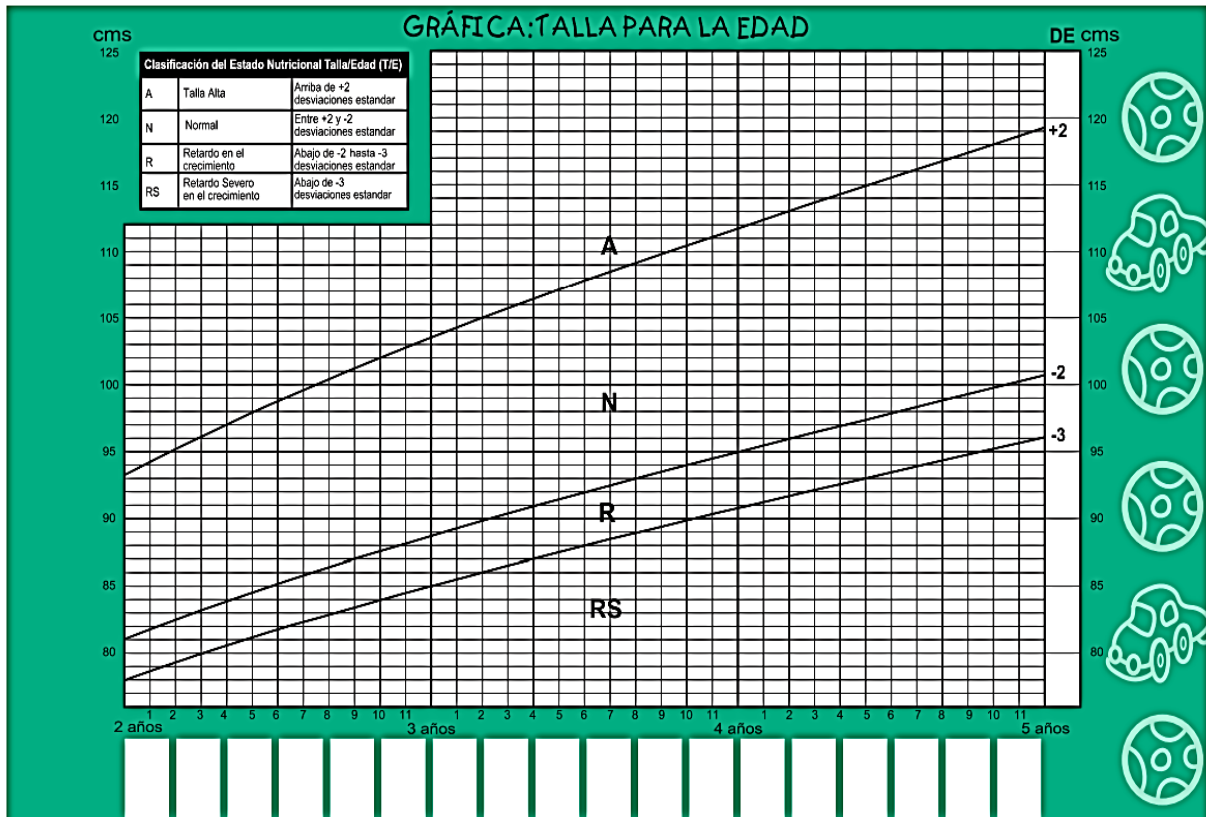


Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición
GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente _____





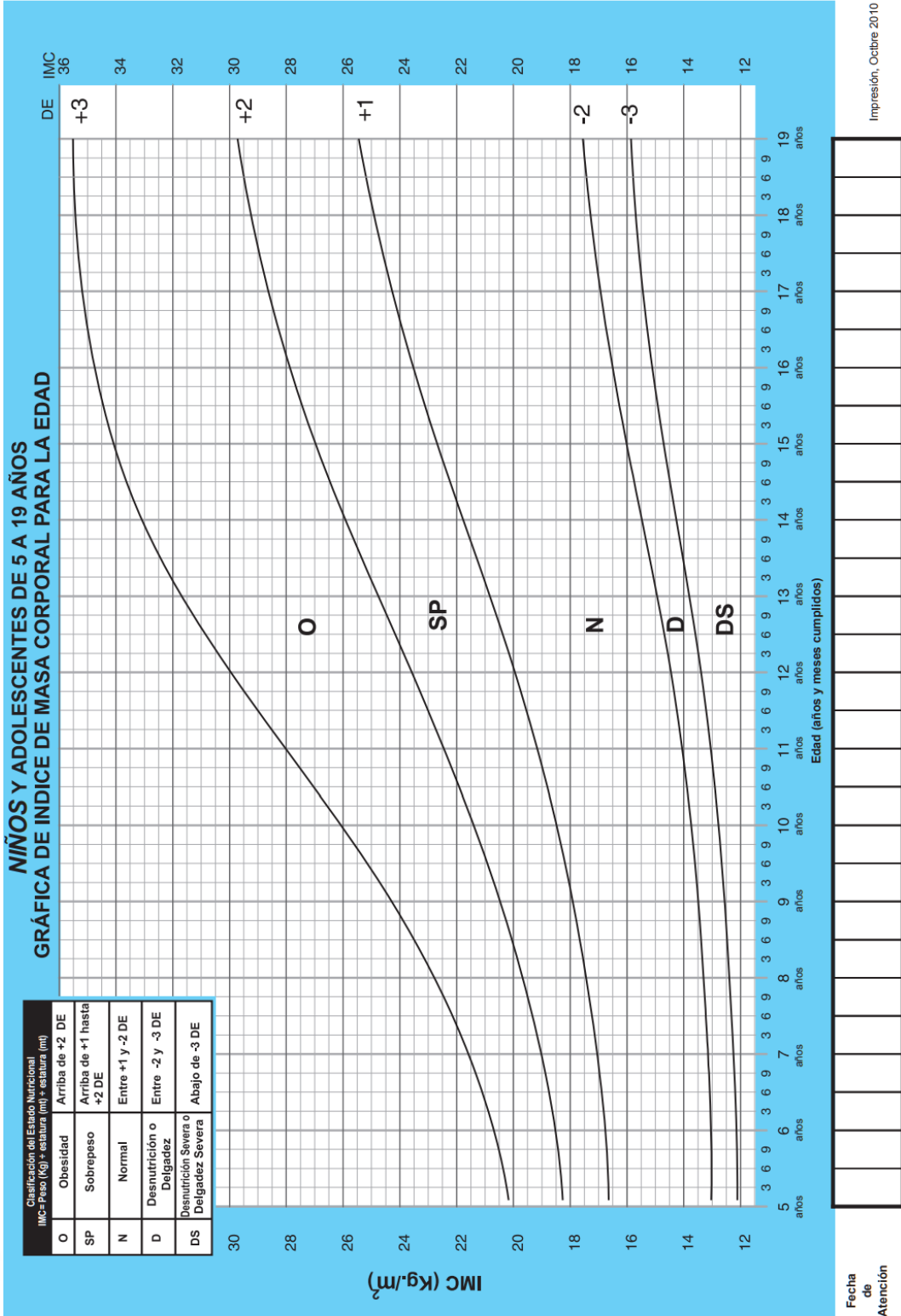
Anexo 7



Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición

Nombre: _____

Exp. N° _____



Fecha de Atención

Fuente: poblaciones de referencia OMS 2007

Anexo 8

Tabla I. Niveles de TA en niños según edad y percentil de talla															
Edad	Percentil	SBP mmHg								DBP mmHg					
		Percentil de talla								Percentil de talla					
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	50	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	50	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	50	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	50	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

Tomado de: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-10/hipertension-arterial-sistemica/>

Anexo 9

Tabla II. Niveles de TA en niñas según edad y percentil de talla

Edad	Percentil	SBP mmHg								DBP mmHg					
		Percentil de talla								Percentil de talla					
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	50	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93













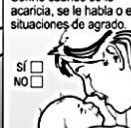

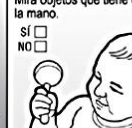
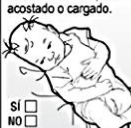









Tomado: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-10/hipertension-arterial-sistemica/>














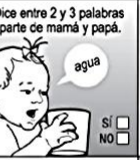
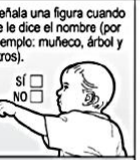


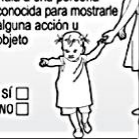
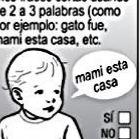


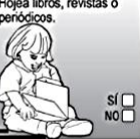
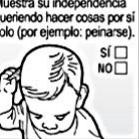

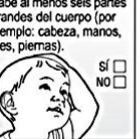



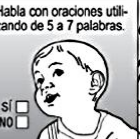




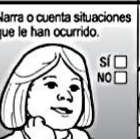
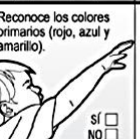
Anexo 10

Escala simplificada de desarrollo de niñas y niños menores de cinco años



Nombre Fecha de nacimiento
 No. de expediente Nombre del establecimiento

Fecha de la Evaluación y Edad de la Niña y el Niño	Rango de edad	Motricidad gruesa	Motricidad fina	Socioafectiva	Lenguaje	Cognición	Clasificar
	De 0 a 7 días	Presencia de reflejo de moro completo. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Presencia de reflejo oculo-palpebral. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Presencia de reflejo de búsqueda y succión. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
	De 8 días a un mes	 Trata de dominar la cabeza. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Tiene reflejos innatos de búsqueda y succión. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Mira la cara cuando alguien está de 20 a 30cm. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Lora para expresar lo que siente (hambre, frío, dolor o que se haya mojado). <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Fija su mirada en un objeto durante 2 o 3 segundos. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Tómelo de las manos y levántelo con cuidado.	Que la madre roce el pezón en la mejilla, para que busque el pecho.	Cárguele, háblele y acarícelo la cara.	Tranquílicelo cuando llore, trate de identificar el motivo del llanto y aténdale.	Cuelgue objetos que llamen su atención, por su forma, sonido y color.	
	De un mes a dos meses	 Levanta la cabeza por encima del tronco, estando boca abajo. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Aprieta un objeto y lo suelta. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Gesticula con el rostro. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Emite sonidos ante el estímulo (por ejemplo: ahh, eeh, ggg y otros). <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Busca de dónde vienen los sonidos. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Acuéstelo boca abajo y pásele su dedo sobre la espalda.	Póngale sus dedos índices en las palmas de las manos de la o del bebé.	Platiquelo y hágale gestos expresivos.	Háblele cara a cara pronunciando diferentes sonidos para que los repita.	Suénele un objeto frente al rostro (a una distancia de 20 a 30 cms.) y muévaselo de un lado a otro.	
	De dos meses a cuatro meses	 Cuando está boca abajo se levanta apoyándose en los antebrazos unos segundos. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Rasca la palma de la mano o los objetos que toca. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Sonríe cuando se le acaricia, se le habla o en situaciones de agrado. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Emite sonidos guturales como por ejemplo: agu... agu... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Mira objetos que tiene en la mano. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Acuéstelo boca abajo varias veces al día.	Colóquelo la palma de su mano haciéndole presión en sus dedos.	Háblele y cántele canciones de cuna.	Repítale los sonidos que hace la o el bebé.	Colóquelo objetos pequeños en la mano para que pueda verlos.	
	De cuatro meses a seis meses	 Trata de voltearse, estando acostado o cargado. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Toma objetos grandes con toda la mano. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Reconoce a su madre o persona que le cuida. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Balbucea. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Sigue con la mirada objetos que se mueven. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Colóquelo boca abajo estimulándole para que se voltee.	Enséñele un juguete y motive a que lo tome.	Pregúntele donde está mamá o alguien de la familia para que lo señale o diga el nombre.	Háblele y cántele.	Muéstrele objetos llamativos.	
	De seis meses a ocho meses	 Se sienta y se mantiene sin apoyo de objetos usando o no sus brazos para estabilizarse. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Estira los brazos para alcanzar un objeto de manera intencional. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Mira a otro u otra bebé y trata de tocarle. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Imita expresiones mimicas como "adiós", "dame". <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	 Busca con la vista cosas que se le han caído. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Ayúdele a sentarse unos segundos en un lugar seguro.	Déle juguetes u objetos al frente para que pueda explorarlos.	Acérquelo a otras niñas y niños.	Hágale saber que entiende el significado de sus gestos y dígaselo con palabras.	Colóquelo juguetes para que los vea y los recupere.	

Fecha y edad	Rango de edad	Motricidad gruesa	Motricidad fina	Socioafectiva	Lenguaje	Cognición	Clasificar
	De ocho meses a diez meses	Gatea.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pasa un objeto de una mano a otra.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Demuestra su afecto apoyando su carita contra la de su mamá.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Entrega un objeto cuando se le dice "dame" o reacciona cuando se le dice "no".  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Busca objetos escondidos.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Póngale en el suelo para que gatee.	Ofézcale juguetes u otros objetos para que juegue pasándolos de una mano a otra.	Háblele siempre con respeto y cariño, abrácele.	Entréguele objetos y luego pídale los.	Juegue a las escondidas, esconda cosas debajo de un pañal.	
	De diez meses a un año	Camina con ayuda.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mete y saca varios objetos de un recipiente (vaso, huchal).  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reconoce a los miembros de la familia y los señala cuando se les nombra.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dice palabras cortas: agua, mamá, papá o dame.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Agarra un objeto con una mano, sin soltar el que tiene en la otra.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Tómelo de la mano y ayúdale a dar pasos.	Colóquelo objetos en una caja o taza y estímulele para que imite estos movimientos	Pregúntele donde está mamá o alguien de la familia para que le señale o diga el nombre.	Platiquee y pídale que repita palabras.	Entréguele un objeto en cada mano y muéstrole otro aunque se le caiga uno de las manos.	
	De un año a un año seis meses	Camina sin apoyo.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Agarra objetos con el dedo índice y el pulgar o dedo medio y pulgar.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Come sola o solo y derrama parte del contenido.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dice entre 2 y 3 palabras aparte de mamá y papá.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Señala una figura cuando se le dice el nombre (por ejemplo: muñeco, árbol y otros).  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Invítele a caminar en espacios seguros.	Ofézcale objetos para que pueda tomarlos utilizando los dedos pulgar e índice.	Permitale que coma sin ayuda aunque se derramen los alimentos.	Háblele, muéstrole las cosas y dígame el nombre correcto de estas.	Ayúdale a identificar objetos nuevos.	
	De un año seis meses a dos años	Se baja de un asiento.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Construye una torre de 2 a 3 objetos.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hala a una persona conocida para mostrarle alguna acción u objeto.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dice frases cortas usando de 2 a 3 palabras (como por ejemplo: gato fue, mami esta casa, etc).  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se señala a sí misma cuando se le pregunta: ¿dónde está... (su nombre).  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Déjele sentarse sola o solo en una silla, supervísele.	Enséñale a jugar con objetos, colocándolos uno sobre otro.	Pídale que le lleve a enseñarle personas, lugares o cosas.	Veán libros, periódicos y revistas y converse sobre los dibujos.	Háblele y límele por su nombre.	
	De dos años a tres años	Salta con los dos pies al mismo tiempo.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hojea libros, revistas o periódicos.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Muestra su independencia queriendo hacer cosas por sí solo (por ejemplo: peinarse).  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Responde a preguntas: ¿dónde está...? ¿quién es...?  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sabe al menos seis partes grandes del cuerpo (por ejemplo: cabeza, manos, pies, piernas).  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Motívele a saltar en dos pies.	Déle libros, revistas y enséñale a pasar de forma correcta las hojas.	Déjele que haga cosas por sí mismo, por ejemplo: peinarse, lavarse las manos.	Motívele a contar sus experiencias y hágame preguntas.	Pídale que nombre y señale las partes del cuerpo y enséñale nuevas.	
	De tres años a cuatro años	Salta en un pie y se mantiene por 5 segundos.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Copia una cruz después de ver un modelo.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Controla esfínteres.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Habla con oraciones utilizando de 5 a 7 palabras.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Conoce nociones espaciales como arriba, abajo, adelante, atrás.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Invítele a pararse en un pie	Dibújele una cruz y pídale que repita su trazo.	Enséñale que avise para usar el baño.	Convérsele, escúchele y cuénteles cuentos.	Hágame juegos donde utilice las siguientes nociones "adelante", "atrás", "arriba", "abajo", "alto" y "bajo".	
	De cuatro años a menores de cinco años	Camina hacia atrás.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dibuja la figura humana: cabeza, cuerpo, brazos y piernas.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Juega en grupos de niñas y niños por largo tiempo.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Narra o cuenta situaciones que le han ocurrido.  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reconoce los colores primarios (rojo, azul y amarillo).  Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Riesgo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/>
Actividades para estimular el Desarrollo		Tómelo de las manos, enséñale a caminar hacia atrás y luego permitale que lo haga sólo con supervisión.	Pídale que dibuje, sobre el suelo, papel o arena.	Invítele a jugar con otras niñas y niños, déle cosas y supervísele.	Escúchele, permitale hacer preguntas y hágame preguntas usted también.	Enséñele los colores de los objetos que se encuentran cerca (por ejemplo: "el árbol con flores rojas").	

Anexo 11.

EVALUACION DEL DESARROLLO EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A MENORES DE 10 AÑOS.

La evaluación debe llevar ejemplos prácticos, aplicados y adaptados a la realidad de la comunidad, medio sociocultural, tomando en cuenta las áreas cognoscitivas, social adaptativa, motriz y afectiva.

Edad	Actividades a evaluar.	Si	No	Clasificación
5 a 6 Años	Puede atrapar una pelota.			Riesgo Adecuado
	Salta y cae bien a mediana altura con ambos pies.			
	Copia una cruz (+) ya dibujada.			
	Dice su edad.			
	Comenta la vida familiar y de su comunidad.			
	Tiene el concepto del número 10 (Como alternativa puede darle a contar 10 baja lenguas o palillos). Es posible que cuente hasta un número mayor, de memoria.			
	Distingue la mano derecha de la izquierda.			
	Dibuja una figura humana reconocible, por lo menos con 8 detalles.			
	Puede describir con cierto detalle un programa de televisión que le agrada.			
	Cumple con tareas domésticas sencillas (sacar la basura, secar los trastos, entre otros.)			
	Reconoce el camino hacia su escuela o colegio.			
	Tiene buena capacidad motora pero poca conciencia de los peligros.			
6 a 7 años	Copia un triángulo (Δ)			Riesgo Adecuado
	Define las palabras por su uso. ("¿Para qué es una sandía?" "Para comer")			
	Sabe si es de mañana o tarde.			
	Dibuja una figura humana con al menos 12 detalles.			
	Lee varios monosílabos escritos con letra de molde (MAMA, PERRO, CASA, VE, NIÑO).			
Usa lápiz para escribir su nombre.				
7 a 8 años.	Habla sobre sí mismo.			Riesgo Adecuado
	Cuenta de dos en dos y de cinco en cinco.			
	Se anuda los cordones de los zapatos.			
	Copia un rombo (\diamond).			
	Sabe que día de la semana, pero puede no reconocer fecha y año.			
	Correlaciona el tiempo con actividades que realiza a diario. (Desayunar, estudiar, dormir, entre otros.)			
	Lee el párrafo siguiente Lectura: Coco es mi perro vive en mi casa. Come mucho. Juega como loco. No le gusta que lo moje.			
	Suma y resta números de una sola cifra. Realiza cálculos aritméticos. Ejemplos: (2 errados después de dos intentos, no es un logro alcanzado). $\begin{array}{r} 7 \\ + 4 \end{array}$ $\begin{array}{r} 6 \\ + 7 \end{array}$ $\begin{array}{r} 6 \\ - 4 \end{array}$ $\begin{array}{r} 8 \\ - 3 \end{array}$			
	Sustituye un sonido por otro al hablar (por r, por ejemplo).			
	Dibuja una figura humana con al menos 16 detalles.			

8 a 9 años.	Entiende las normas de convivencia.			Riesgo Adecuado
	Requiere privacidad para vestirse y bañarse			
	Define palabras sin referirse solo a su uso. (“¿Qué es una zanahoria?” Una verdura”)			
	Da una respuesta apropiada a una de las siguientes preguntas: “¿Qué debes hacer, si ... ¿Has roto algo que le pertenece a otra persona?” ¿Qué harías si un compañero de juegos te pega sin querer?”			
	Lectura “Un perrito negro escapó de su casa. Jugó con dos perros grandes. Ellos se fueron. Empezó a llover. El se puso debajo de un árbol. Quería volver a casa, pero no conocía el camino. Vio a una niña o niño al que conocía. El o la niña o niño lo llevó a su hogar”.			
	Aritmética correspondiente $\begin{array}{r} 45 \quad 67 \quad 16 \quad 14 \\ + 4 \quad + 27 \quad - 8 \quad - 36 \\ \hline \end{array}$ Está aprendiendo los procesos de “pedir prestado” y “llevar”, en la suma y en la resta.			
9 años a menores de 10 años.	Admiran a otras personas que las pueden convertir en su ejemplo.			Riesgo Adecuado
	Sabe el día, mes y el año			
	Tienen amistades cariñosas, y curiosidad sobre relaciones con niños y niñas.			
	Nombra los meses en orden (15 segundos, un error)			
	Forma una oración en la que participen 3 palabras (un error en dos intentos; puede usar verbalmente las palabras en un contexto adecuado): Ejemplo: Trabajo dinero hombres Niñoríopelota			
	Lectura: “Seis niños levantaron una tienda de campaña a la orilla de un río. Llevaban alimentos para comer en el campo. Cuando el sol se ocultó se metieron en la tienda para dormir. En la noche llegó una vaca y empezó a comer hierba alrededor de la tienda. Los niños tuvieron miedo, creían que se trataba de un oso. Responde adecuadamente “¿Qué hacía la vaca?”			
	Aritmética correspondiente: Ejemplo $\begin{array}{r} 5000 \quad 23 \quad 12 \\ - 510 \quad \times 3 \quad \times 7 \\ \hline \end{array}$ Debe comprender la multiplicación simple. (2 Intentos en cada operación)			

Fuente y adaptado Joseph St. Geme MD, Parte II: Crecimiento y Desarrollo, Nelson: Tratado De Pediatría, Expertconsult - 20ª Edición, 2016. 2) Ministerio de Salud de la República de Ecuador, Esquema Evolutivo del grupo etáreo de 5 a 9 años, pág. 103-104, 2011. 3) Ministerio de Educación, Programa de educación inicial y parvularia, año 2014. 4) CDC, Aprenda los signos. Reaccione pronto, <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/actearly/index.html>.

Recuerde: La evaluación nos permite valorar el cumplimiento o no de un hito, por tanto, al identificar un riesgo debe de informarse a la madre, padre o cuidador, que el equipo multidisciplinario de la UCSF u Hospital, maestras y maestros capacitados ejecutarán otras pruebas de evaluación, además de asegurar el seguimiento al caso.

Anexo 12.

Rangos de referencia de frecuencia respiratoria, cardíaca y hemoglobina en menor de 6 meses.

Rangos de frecuencia respiratoria normales	
Edad	Frecuencia Respiratoria
Lactante	30 a 60
De 1 a 4 años	24 a 40
Pre escolar	22 a 34
Edad escolar	18 a 30

Fuente: American Heart Association PALS 2011

Rangos de Frecuencia Cardíaca Normales		
Edad	Frecuencia cardíaca despierto	Frecuencia cardíaca dormido
Recién nacido hasta los 3 meses	85 a 205	80 a 160
3 meses a 2 años	100 a 190	75 a 160
2 años a 10 años	60 a 140	60 a 90

Fuente: American Heart Association PALS 2011

Valor de hemoglobina en niños y niñas menores de 6 meses	
Edad	Valor de Hemoglobina (g/dl)
RN a término (Cordón)	16.5 – 13.5
De 1 a 3 días	18.5 – 14.5
2 semanas	16.6 – 13.4
1 mes	13.9 – 10.7
2 meses	11.2 – 9.4
6 meses	12.6 – 11.1

Fuente: The Jhon Hopkins, Manual Harriet Lane, décimo novena edición, 2013.

Anexo 13



**Ministerio de Salud
Unidad de Nutrición**



Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar anemia al nivel del mar (g/dL)

Población	Sin anemia*	Anemia		
		Leve	Moderada	Grave
Niños de 6 a 59 meses de edad	11.0 o superior	10.0-10.9	7.0 - 9.9	Menos de 7.0
Niños de 5 a 11 años de edad	11.5 o superior	11.0-11.4	8.0 - 10.9	Menos de 8.0
Niños de 12 a 14 años de edad	12.0 o superior	11.0-11.9	8.0 - 10.9	Menos de 8.0
Mujeres no embarazadas (15 años o mayores)	12.0 o superior	11.0-11.9	8.0 - 10.9	Menos de 8.0
Mujeres embarazadas	11.0 o superior	10.0-10.9	7.0 - 9.9	Menos de 7.0
Varones (15 años o mayores)	13.0 o superior	10.0-12.9	8.0 - 10.9	Menos de 8.0

Fuente: adaptado de Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011(WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf, consultado el 6 mayo 2013.

*Hemoglobina en g/dL^a ((Leve)) es inadecuado, pues la carencia de hierro ya esta avanzada cuando se detecta la anemia. La ferropenia tiene consecuencias aun cuando no haya manifestaciones clínicas de anemia

Anexo 14



Ministerio de Salud
 Viceministerio de Servicios de Salud
 Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.



Hoja de atención de Niñas y Niños con SIBILANCIAS en area de Inhaloterapia.

Nombre completo: _____ Edad: _____ Años _____ Meses.

No. Expediente: _____

OBSERVE Y EVALUE A LA NIÑA O NIÑO.	Letra	INICIO (Evaluación en consultorio).	20 MINUTOS	40 MINUTOS	60 MINUTOS
Conciencia/Lenguaje					
Alerta y habla bien	A				
Inquieto/Habla con frases/llanto pausado	B				
No responde/Habla monosilabas/llanto apagado.	C				
Tirajes					
No tiene tirajes	A				
Intercostal	B				
Subcostal	C				
Estridor Respiratorio	C				
Sibilancias					
No audibles	A				
Audibles con estetoscopio	B				
Audibles sin estetoscopio	C				
Frecuencia respiratoria. Coloque el valor					
Normal	A				
Aumentada	C				
Disminuida	C				
Vomito					
No	A				
Si	B				
Más de 3 vómitos en 1 hora	C				
Temperatura, Coloque el valor.					
TOTAL	A				
	B				
	C				
EVALUE Y DETERMINE ANTES DE CADA APLICACIÓN	Mejora				
	Continua igual				
	Signos de Peligro				

Son todas A: Continuar el tratamiento hasta cumplir la hora.

Dos o más B: Mantener en evaluación por una hora después de terminado el tratamiento, si de deteriota decida referir.

Dos o más C: Referir urgentemente.

Nota: Si en cualquier momento de la evaluación, es evidente el deterioro se debe referir de inmediato. De igual manera si existe algún factor de riesgo decida referir.

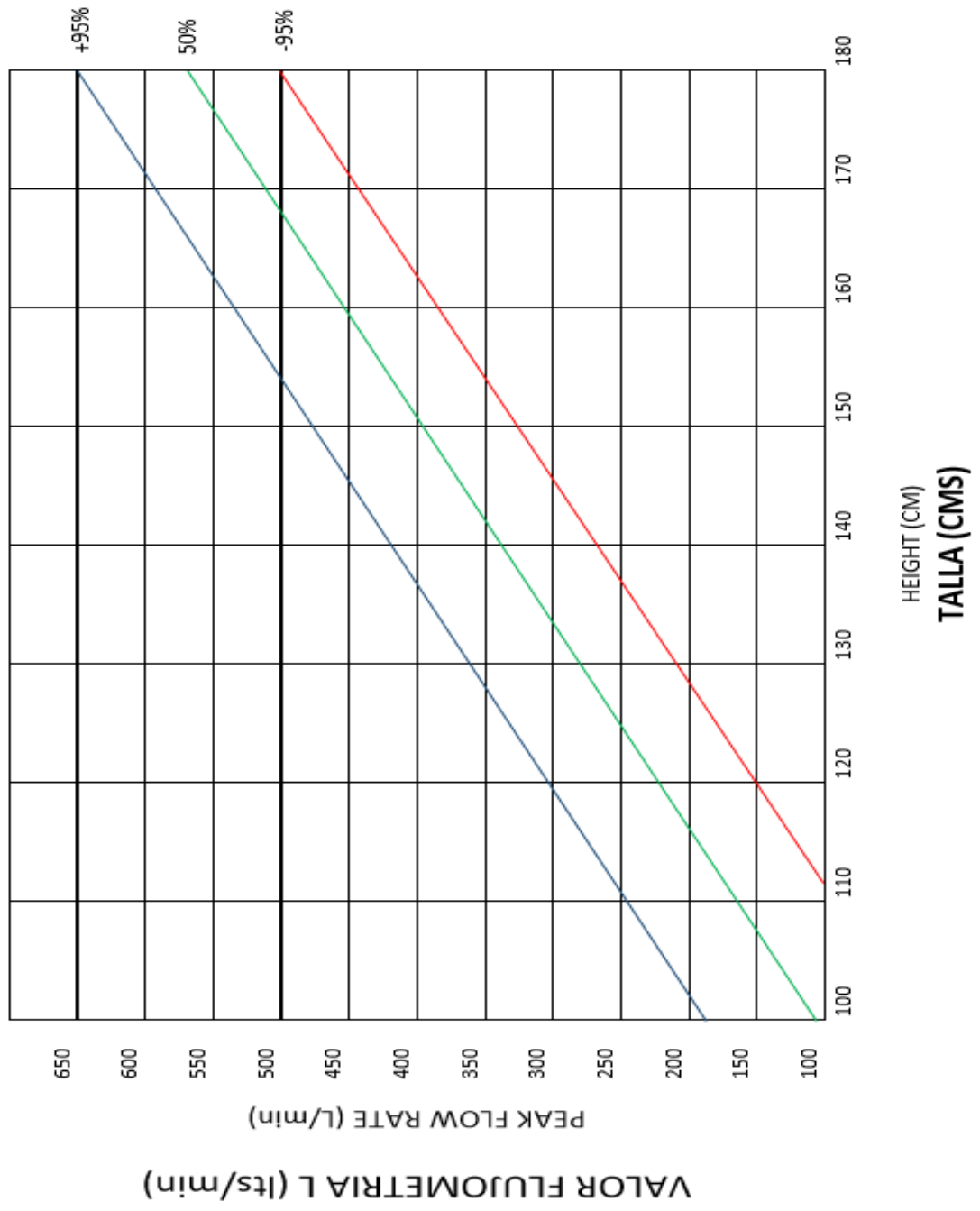
Siempre se debe de valorar el riesgo social, al momento del alta del paciente.

OJO: SE DEBE RETROALIMENTAR A LA MADRE PARA QUE CUMPLA MEDICAMENTO EN CASA.

Anexo 15



MINISTERIO DE SALUD
TABLA DE CLEMENT - CLARK



Anexo 16

MINISTERIO DE SALUD

TABLAS DE REFERENCIA

INTERPRETACIÓN DEL PEAK - FLOW. VALORES NORMALES TEÓRICOS DEL FLUJO RESPIRATORIO PICO (LITROS/MIN)

Hombre. Desviación normal 48 L/min

Edad	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Altura	Años	Años	Años	Años	Años	Años	Años	Años	Años	Años	Años	Años
160 cm	518	568	598	612	613	606	592	578	565	555	544	534
168 cm	530	580	610	623	623	617	603	589	577	566	556	546
175 cm	540	590	622	636	635	627	615	601	588	578	568	558
183 cm	552	601	632	645	646	638	626	612	600	589	578	568
190 cm	562	612	643	656	656	649	637	623	611	599	589	579

Mujeres. Desviación normal 42 L/min

Edad	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Altura	Años	Años	Años	Años	Años	Años	Años	Años	Años	Años	Años	Años
145 cm	438	445	450	452	452	449	444	436	426	415	400	385
152 cm	450	456	461	463	463	460	456	448	437	425	410	396
160 cm	461	467	471	474	473	470	467	458	449	437	422	407
168 cm	471	478	482	485	484	482	478	470	460	448	434	418
175 cm	481	488	493	496	496	493	488	480	471	458	445	428

Niños menoresde 15 años

Altura	91	99	107	114	122	130	137	145	152	160	168	175
cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
	100	120	140	170	210	250	285	325	360	400	440	480

Tomado de "Guía semFYC de actualización en Atención Primaria

Anexo 17

¿Cómo se realiza la Flujometría?

El flujometro es un pequeño aparato que sirve para medir el flujo máximo espiratorio y que tiene como escala (Lt/min), en su parte anterior y un embolo en su parte interior.

El flujo máximo espiratorio es el examen básico de la función pulmonar que permite conocer el estado de las vías respiratorias de gran calibre.

Existen distintos medidores de flujo máximo exhalado, aunque todos funcionan bajo el mismo concepto.

El procedimiento para obtener una adecuada medición se debe de realizar de la siguiente manera:

1. El paciente debe ser mayor de 5 años.
2. Explicar detenidamente a los pacientes y familiares sobre la prueba a realizar.
3. Debe de realizarse en posición de pie y en un lugar tranquilo.
4. Colocar la aguja del flujometro a cero.
5. Pedir al paciente que abra la boca y respire tan profundo como sea posible, sosteniendo el flujometro en la mano.
6. Rodee la boquilla del flujometro con los labios bien apretados sin tapar el agujero con la lengua.
7. Sople una sola vez tan rápido y fuerte como pueda.
8. El indicador subirá y se quedará en un punto determinado. Sin moverlo y mire en que numero se detuvo.
9. Anote el valor obtenido en el cuadro del paciente.
10. Vuelva a poner la escala a cero y repita dos veces más el procedimiento.
11. Compara los tres valores y tome el valor más alto.
12. Con este valor remítase a la tabla de Clement – Clark para verificar el grado de obstrucción del paciente.



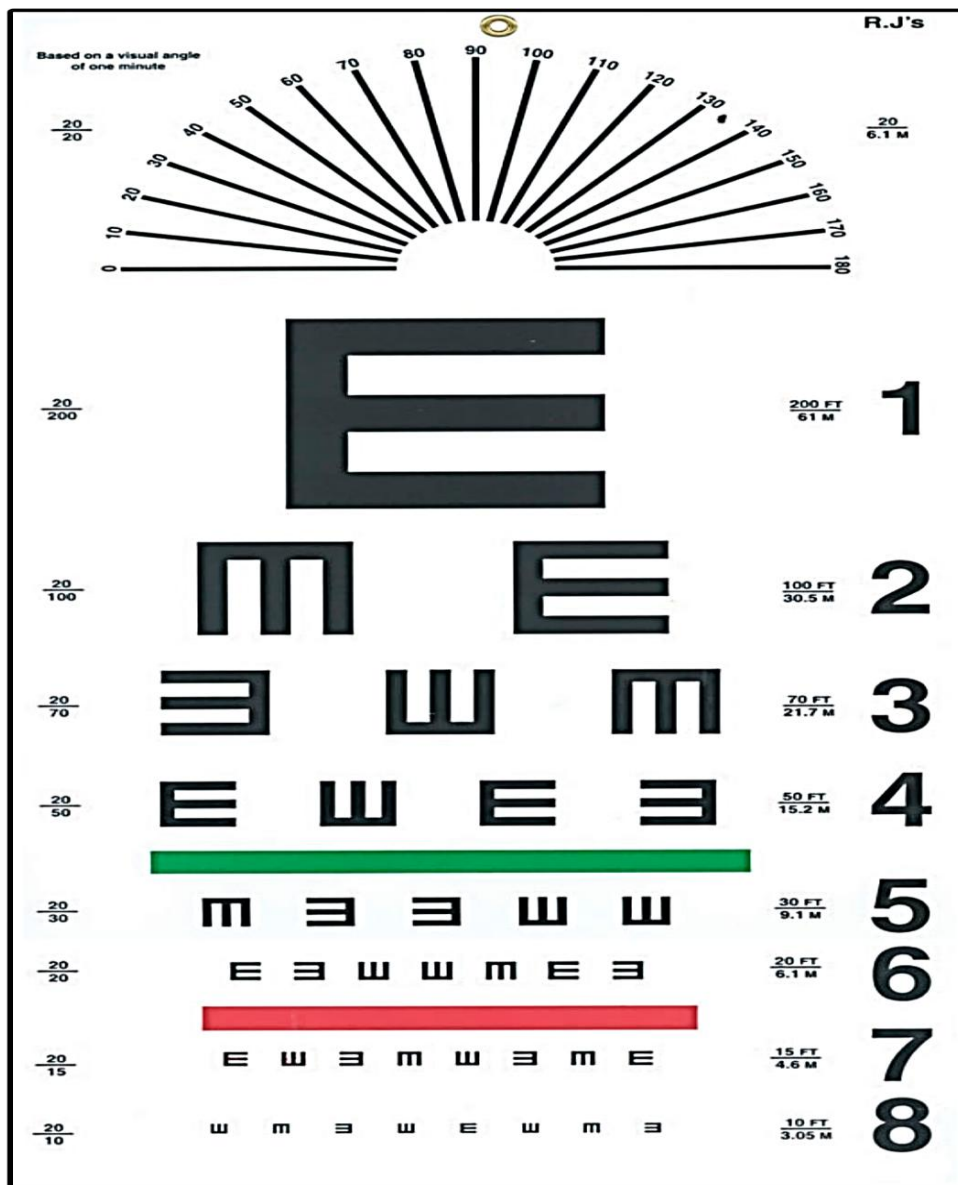
Posibles errores en la técnica:

1. Inspirar una cantidad insuficiente de aire.
2. Obstruir el carril – escala con los dedos.
3. Exhalar el aire a través de la nariz.
4. Mantener el flujometro en posición vertical durante la maniobra.
5. Flujometro sucio o mal estado.

Anexo 18

Cartilla de Snellen para mayores de 3 años y menor de 6 años.

Es












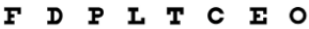
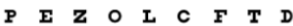


recomendado para los niños y niñas mayores 3 y menores de 6 años, o para aquellos mayores que aún no aprenden las letras. Esta tabla contiene letra «E» en distintas posiciones y tamaños. Por lo tanto, antes de realizar el examen es necesario que el evaluador corrobore a corta distancia que el niño o la niña pueda reproducir la posición de la “E” con los dedos de la mano, como se observa en la figura a continuación.

Requieren evaluación con oftalmólogo todos los niños y niñas de 3 a 6 años que no logren identificar las figuras ubicadas desde la línea 20/40 o que tengan una diferencia de agudeza de dos líneas o más entre un ojo y otro (aunque un ojo tenga 20/40 y el otro 20/25).

Anexo 19

Cartilla de Snellen para mayores de 6 años o que sepan leer.

	1	20/200
	2	20/100
	3	20/70
	4	20/50
	5	20/40
 	6	20/30
	7	20/25
 	8	20/20
	9	
	10	
	11	

Procedimiento:

1. Imprima el panel de Snellen en una página de formato estándar A4 y colóquese a unos 2,8 metros frente a ella. Si la página tiene otro tamaño o si usted prefiere hacer la prueba mirando la pantalla, tendrá que calcular la distancia a la cual debe posicionarse con la siguiente fórmula: mida la altura de la letra E (primera línea, 20/200) en milímetros. Divida el valor de la medida por 88 y luego multiplique por 6. El resultado muestra la distancia, en metros, a la cual debe colocarse frente al panel.
Ej. $(42/88) \times 6 = 2,8 \text{ m.}$
2. Haga la prueba con buena luminosidad y con corrección (lentes de contacto o anteojos), si usted la utiliza.
3. Haga la prueba con un ojo a la vez, para empezar con el ojo derecho, cubra el izquierdo sin presionarlo, para examinar el ojo izquierdo haga lo contrario. Si utiliza anteojos correctores, puede cubrir el ojo con una hoja de papel.
4. Lea la carta de letras desde la más grande a la más pequeña.
5. Para que el examen sea más fácil, permita que una segunda persona vaya indicando las letras que usted debe leer en las diferentes líneas de letras.
6. Si usted puede leer las letras de la línea que corresponde a la agudeza visual 20/20, su visión es óptima.
7. Si su agudeza visual es menor que 20/20 o si tiene dudas sobre su visión, acuda a su oftalmólogo.

NOTA: Tome los resultados como una orientación. Los resultados

NO indican un diagnóstico. El realizar esta prueba en ningún caso le permite saltar un control regular con su oftalmólogo, ya que usted puede fácilmente omitir signos que sólo un médico entrenado puede encontrar.

Es recomendado para los niños y niñas mayores 6 años o para aquellos que ya saben leer. Esta tabla contiene distintas letras en distintos tamaños. Antes de realizar el examen es necesario que el evaluador corrobore, a corta distancia, el reconocimiento de las letras presentadas. Requiere evaluación con el oftalmólogo todos los niños y niñas entre 6 a 10 años que no logren identificar las figuras ubicadas desde la línea 20/30 hacia arriba o que tengan una diferencia de agudeza de dos líneas o más entre un ojo y otro (aunque un ojo tenga 20/30 y otro 20/20)

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN, EL SALVADOR 2016							
RECÉN NACIDO 	2, 4 Y 6 MESES 	12 MESES 	15 A 18 MESES 	4 AÑOS 	ADOLESCENTES, JUVENES Y ADULTOS MAYORES 	MUJERES EMBARAZADAS 	GRUPO EN RIESGO Y PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS 
BCG Previene formas graves de Tuberculosis	3 DOSIS (2, 4 Y 6 MESES): PENTAVALENTE Incluye: Difteria, Tostérina y Tétanos, Haemophilus influenzae tipo B, Hepatitis B	1ª DOSIS DE: TRIPLE VIRAL TIPO SPR Sarampión, Paperas, Rubéola	1ª REFUERZO DE: PENTAVALENTE Incluye: Difteria, Tostérina y Tétanos, Haemophilus influenzae tipo B, Hepatitis B	2ª DOSIS DE: DPT Difteria, Tostérina, Tétanos	Td Tétanos y Difteria Toda mujer embarazada con esquema completo de vacunación hasta los 4 años de edad, deberá recibir 1 dosis de Td a partir de la 1ª semana de gestación	Td Tétanos y Difteria	Td Tétanos y Difteria
HB Hepatitis B al nacimiento	3 DOSIS (2, 4 Y 6 MESES): POLIOMIELITIS 2 meses: IPV 4 y 6 meses: OPV	1ª REFUERZO DE: NEUMOCOCCO CONJUGADO 13V Meningitis, Neumonía y Otitis media	POLIO ORAL Poliomielitis	POLIO ORAL Poliomielitis	Tdpa Tétanos, Difteria, Tostérina actualiz. A partir de 1 dosis a partir de los 35 semanas de gestación	HB Hepatitis B	SR Sarampión y Rubéola
	ROTAVIRUS 1 DOSIS (5 A 6 MESES)		POLIO ORAL Poliomielitis	TRIPLE VIRAL TIPO SPR Sarampión, Paperas, Rubéola	NEUMOCOCCO Todo adulto mayor de 60 años debe recibir 1 dosis de neumococo	INFLUENZA Más de 6 meses a 59 meses, adultos mayores de 60 años y personal de salud	NEUMOCOCCO a personas mayores de 2 años con factores de riesgo y adultos mayores de 60 años
CAPI Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones	Comite Nacional de Certificación de erradicación de la Poliomielitis						

Ministerio de Salud Evaluación de riesgo social

Criterios de evaluación a observar:

1. Dificultad para la comprensión de las indicaciones médicas por la madre o persona que acompaña a la niña o niño.
2. Actitud negativa por la madre o persona que acompaña a la niña o niño en el cumplimiento estricto de las indicaciones médicas en el hogar.
3. Evidencia de etnoprácticas en la niña o niño.
4. Duda de la disposición para regresar en el caso que la niña o niño se complique en casa.

Criterios de evaluación a investigar:

1. ¿La persona que lleva a la niña o niño en el momento de la consulta no es la madre o el responsable ni quien lo cuida?
2. ¿La persona que cuida al niña o niño es otra niña o niño, madre adolescente o adulto mayor?
3. ¿Tiene dificultad económica o familiar para regresar a control ante el empeoramiento de síntomas?
4. ¿Vive la madre o familia de la niña o niño en zona de alto riesgo delictual?
5. ¿Se tarda más de 1 hora en llegar al establecimiento de salud más cercano? (según medio de transporte usualmente utilizado).
6. ¿Tiene acceso limitado a transporte durante las 24 horas?
7. ¿Lo ha llevado donde el curandero o sobador?
8. ¿Lo ha automedicado?
9. ¿Se le ha muerto alguna niña o niño menor de 5 años por diarrea, dengue, desnutrición o neumonía en los últimos 2 años?

Interpretación: con un solo criterio positivo que cumpla la niña o niño debe ser considerado con riesgo social, por lo que debe ser dejado en observación o ingresado según corresponda.

Anexo 22

MINISTERIO DE SALUD
Viceministerio de Servicios de Salud

HOJA DE ATENCION INTEGRAL PARA LA INSCRIPCION Y CONTROL SUBSECUENTE HASTA LOS 28 DIAS DE VIDA

IDENTIFICACION - Si es prematuro < 2000 grs. Llenar la casilla de registro				Inscripción	Control Subsecuente	Morbilidad		
NOMBRE:				REGISTRO				
FECHA:	HORA	AM PM	Fecha de Nacimiento:	EDAD:	Prematuro Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	EGC:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
PARTO ATENDIDO EN Hospital <input type="checkbox"/> UCSF <input type="checkbox"/> Domiciliar <input type="checkbox"/>			PARTO ATENDIDO POR: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otra Persona <input type="checkbox"/>					
SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA								
FC:	FR:	TA:	T°:	Peso:	Talla:	PC:		
ANTECEDENTES PERINATALES								
Edad de la madre	Fórmula OB: G P P A V	USG OB: Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONTROL PRENATAL Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Sin CPN <input type="checkbox"/> Lugar:					
Enfermedad o medicamentos en el embarazo:								
• RPM < 18 hrs. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Enfermedad infecciosa SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Vía del parto: Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>				
• RPM > 18 hrs. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fiebre materna > de 38° SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Presencia de meconio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
• IVU reciente (2 sem. Pre parto): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Parto prolongado > 10 Hrs SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Embarazo pretérmino: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
• Contaminado con heces maternas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/>		Presentación: Podálico <input type="checkbox"/> Cefálico <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		Embarazo Múltiple <input type="checkbox"/> Unico <input type="checkbox"/>				
Fecha y hora del nacimiento:		Lugar del Nacimiento		Peso al Nac:	Talla Nac	EG Nac	PC Nac:	
Reanimación al Nacer: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		APGAR: 1er. Min <input type="checkbox"/> 5 min <input type="checkbox"/>	Corto el cordón con:		Ligo cordón con:	BCG: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hep B al nacer SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CLASIFICACION POR PESO Y EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO: Aplica a recién nacidos de parto comunitarios y extrahospitalario en las primeras 48 horas				EDAD GESTACIONAL POR BALLARD _____ Semanas				
Recibio cuidados de rutina:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Profilaxis ocular	Limpieza de cordón umbilical	Vitamina K				
PESO Menor de 2000 grs. <input type="checkbox"/> 2000 - 2499 grs. <input type="checkbox"/> Mayor 2500 grs. <input type="checkbox"/>	Prematuro con riesgo: Menor o igual a 34 sem. <input type="checkbox"/> 35 - 36 sem. Con signos de peligro <input type="checkbox"/>		Bajo peso al nacer		PREMATURO DE RIESGO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Prematuro sin riesgo: 35 - 36 sem. sin signos de peligro <input type="checkbox"/>		Con riesgo RN < 2000 gms. <input type="checkbox"/> • RN 2000 - 2499 gms. con signos de alarma <input type="checkbox"/>	Sin riesgo • RN 2000 - 2499 grs. Sin signos de peligro <input type="checkbox"/>	BAJO PESO DE RIESGO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
EVALUAR SI HAY UNO O MAS SIGNOS DE ENFERMEDAD MUY GRAVE (Con un solo signo positivo, clasifica como enfermedad grave)								
	SI	NO		SI	NO		SI	
Letárgico, inconciente o hipotónico			Aleteo nasal			Peso menor de 2000 gms.		
Hipoactivo			Apnea			Edad gestacional menor de 34 semanas		
Movimientos anormales o convulsiones			Quejido, estridor o sibilancias			Vomita todo		
Irritable, llanto inconsolable			Cianosis central			Secreción purulenta de ombligo con eritema que se extiende a la pared abdominal.		
"Se ve mal"			Temp. Axilar menor de 36.5° o mayor de 37.5 °C			Distensión abdominal	SI <input type="checkbox"/>	
Mama mal o no puede mamar			Palidez			Supuración abundante de ojos y oídos	NO <input type="checkbox"/>	
Abombamiento de fontanela			Llenado capilar mayor de 3 segundos			Pústulas y vesículas en la piel (Muchas o Extensas)		
FR menor de 40 ó mayor de 60 x'			Manifestaciones de sangrado, equimosis o petequias			Ictericia de alto riesgo		
Tiraje subcostal			Anomalías congénitas mayores que ponen en peligro inmediato a la vida					
EVALUAR SIGNOS DE INFECCION LOCAL (Con solo uno de los signos positivo, clasifica como infección local)								
	SI	NO		SI	NO		Infección Local	
Secreción purulenta conjuntival			Pústulas en la piel (Pocas o localizadas)				SI <input type="checkbox"/>	
Ombligo eritematoso o con secreción purulenta sin extenderse a la piel			Placas blanquecinas en la boca				NO <input type="checkbox"/>	
PRESENTA ICTERICIA (Con sólo uno de los siguientes signos positivos, clasifica como ictericia de ALTO Riesgo)							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	SI	NO		SI	NO			
Inicio en las primeras 24 horas de vida			Hipertonía, hipotonía o hipoactividad, no succiona				Referencia a Hospital de la red.	
Madre Rh Negativa			Llanto agudo y Monótono					
Ingestión por la madre de alguno de los medicamentos			Cefalohematomas					
Zona 3 o más de la clasificación de Kramer			Madre grupo O con RN con diferente grupo (A-B-AB)					
EVALUAR POR ICTERICIA DE BAJO RIESGO								
	SI	NO		SI	NO			
Inicio después de las 36 horas			Zona 1 ó 2 de la clasificación de Kramer				Control en 48 horas.	
Signo neurológico								

