



ESTADO PLURINACIONAL
DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

ATENCIÓN INTEGRADA AL CONTINUO DEL CURSO DE LA VIDA ADOLESCENTE-MUJER EN EDAD FÉRTIL-MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO- RECIÉN NACIDO/A- NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS

**CUADROS DE PROCEDIMIENTOS PARA
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

PARA APLICACIÓN INICIAL

Movilizados por el derecho a la salud y la vida
Serie: Documentos Técnico Normativos

PUBLICACIÓN
240

AUTORIDADES NACIONALES

Dra. Nila Heredia Miranda
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Martin Maturano Trigo
VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCIÓN

Dr. Alberto Camaqui Mendoza
VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL E
INTERCULTURALIDAD

Sr. Miguel Angel Rimba
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Johnny Vedia Rodríguez
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Lourdes Murillo Cuentas
JEFA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD

El enfoque del continuo de atención en el curso de la vida

El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. El personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención, como parte principal de la red funcional de salud, tiene la tarea de desarrollar procesos de educación y promoción de la salud, orientación, prevención y tratamiento de enfermedades, prestación de servicios integrales e interculturales (en la familia, en la comunidad y en el establecimiento) de tipo ambulatorio, de internación de tránsito, con servicios básicos complementarios de diagnóstico, articulados con la medicina tradicional, mediante el componente de referencia y contrarreferencia, para contribuir a mantener y mejorar la salud de la población, enmarcándose en el cuidado de su salud física, mental, social, espiritual, cultural y ambiental.

La red de servicios de salud se articula con la red social y sus acciones son desarrolladas por el equipo de salud del establecimiento, en coordinación y articulación con los actores comunitarios, aceptando, respetando, valorando y compartiendo sentimientos, conocimientos, saberes y prácticas, de acuerdo con su cultura y su cotidianidad, adecuando culturalmente el espacio físico, equipamiento, mobiliario, indumentaria, horarios y protocolos de atención.

Es también importante el desarrollo de competencias del personal para mejorar la capacidad resolutiva de cada nivel de atención. El desarrollo de habilidades y destrezas del equipo de salud de los establecimientos de los diferentes niveles, permite diagnosticar, tratar y resolver problemas de salud de acuerdo al conocimiento y tecnología (infraestructura, equipamiento e insumos) a su alcance, contribuyendo de esta manera, a la solución de los problemas de salud prioritarios de la población. Ante la aparición de alguna complicación, puede ser necesario referir al/a paciente a otro establecimiento con mayor capacidad resolutiva. Si fuera así, se activará el sistema de referencia y contrarreferencia como un componente articulador de la red de servicios.

En la actualidad, el enfoque del 'continuo de atención' contribuye a brindar atención integral en salud a la población; según este principio, la población debe tener acceso a servicios calificados durante el curso de la vida, (sobre todo en salud reproductiva, embarazo y parto, atención al recién nacido, niño/a y adolescente), en diferentes ámbitos de atención: hogar, la comunidad y los establecimientos de salud por nivel de atención. Estos servicios deben estar orientados a la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de enfermedades.

Este nuevo enfoque se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo, la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural del MSD; Programa Desnutrición Cero; Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal y pretende contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El continuo de la atención promueve el acceso universal a un conjunto de prestaciones integrales, a lo largo del curso de la vida y pretende garantizar servicios calificados a los grupos de población comprendidos en el continuo del curso de la vida, reconociendo que el mejorar el estado de salud en un 'momento' del continuo, repercute favorablemente en el siguiente.

En el presente documento, los 'Cuadros de Procedimientos', facilitan al personal de salud la aplicación y cumplimiento sistemático de acciones basadas en la evidencia, durante la atención en los servicios de salud.

La capacitación del personal de salud en estos procedimientos, es el punto de inicio de la *operativización* del enfoque del continuo de atención, reconociendo que será necesario, a corto plazo, desarrollar y/o fortalecer otras actividades que permitan una plena aplicación de este enfoque.

Los Cuadros de Procedimientos integran la evaluación sistemática de los problemas de salud y otros, que afectan al/a adolescente, mujer gestante, recién nacido/a y niña y niño e incorporan la aplicación de conceptos de calidad durante la atención al curso de la vida y contribuyen a mejorar los conocimientos, actitudes, aptitudes y prácticas respecto al cuidado y mantenimiento de la salud, tanto en los servicios de salud como en la comunidad y en el hogar.

La atención integral, para cada momento del curso de la vida, incluye la detección de signos y síntomas (señales) simples, que permiten realizar una o varias clasificaciones, el tratamiento oportuno y adecuado que corresponda a ésta clasificación. El tratamiento, de acuerdo a la severidad de la clasificación, puede ser: Referencia o tratamiento en el hogar. Si el tratamiento debe ser realizado en el hogar, éste consiste en el tratamiento específico (con medicamentos) en caso de que sea necesario; orientación sobre prácticas adecuadas y promoción de la salud; orientación y aplicación de intervenciones; cuándo volver de inmediato o cuándo volver para control.

Este documento incluye los 30 Cuadros de Procedimientos específicos; cuadros que brindan información de respaldo para realizar orientación y mayor detalle técnico; hojas para la atención sistematizada, curvas de crecimiento, curvas de IMC y otras herramientas técnicas.

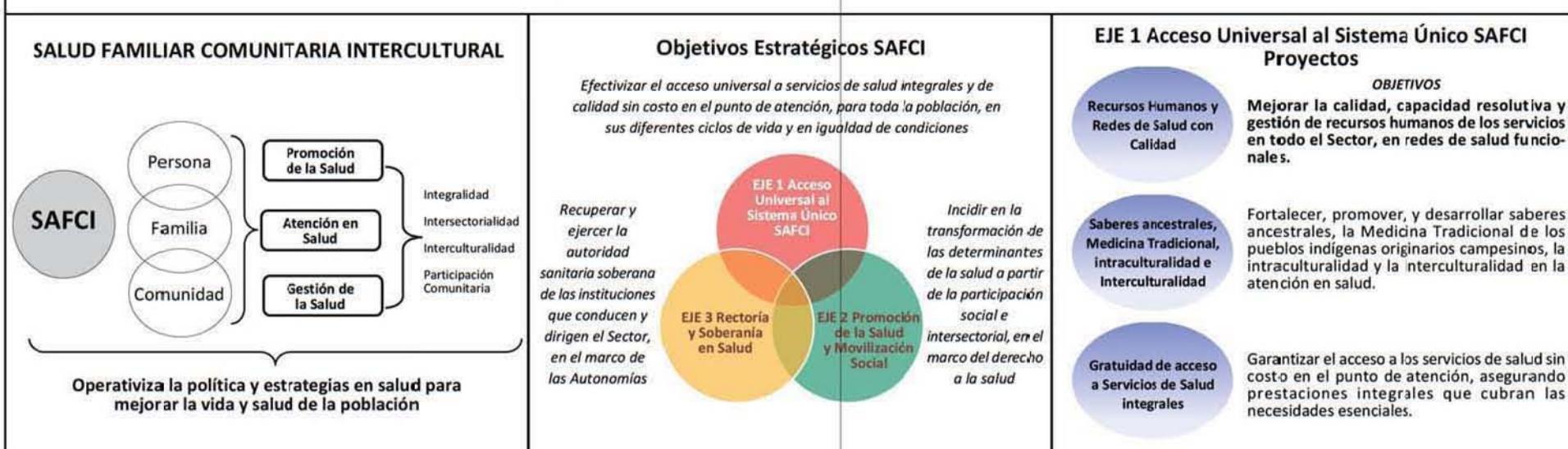
Los Cuadros de procedimientos emplean el formato de 'algoritmos' y siguen siguiente secuencia:

- Preguntar y/o determinar y/u observar (signos y síntomas con elevada sensibilidad y especificidad).
- Evaluar.
- Clasificar.
- Determinar el tratamiento.
- Tratar (Tratamiento médico considerando el contexto y el tipo de recursos humanos; referencia-si es necesaria, medidas preventivas; promoción de la salud)

Los Cuadros de Procedimientos, se constituyen en la herramienta operativa que facilita la atención integral, sistematizada y de calidad para la atención del/a adolescente-mujer en edad fértil-mujer durante el embarazo, parto y puerperio-recién nacido/a-niño/a menor de 5 años, en el marco de la Política SAFCI.

El Marco Legal que sustenta el enfoque del continuo de atención

- Constitución Política del Estado
 - Art.37 Priorización de la promoción de la salud y prevención de enfermedades
 - Art. 39 Vigilancia de la calidad de atención
 - Art. 41 Acceso a los medicamentos, priorizando los genéricos
- Plan Nacional de Desarrollo
 - Pilar Bolivia Digna: El objetivo del PND en el sector salud es la **eliminación de la exclusión social**, a través de la implementación del **Sistema de salud familiar comunitario intercultural**
- Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)
 - EL DS 29601 establece la nueva forma de nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la Salud mediante la implementación del Modelo SAFCI en todo el territorio.
- Plan Estratégico Nacional para mejorar la salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009 - 2015



El enfoque del continuo de atención al curso de la vida, en coherencia con la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, pretende contribuir con el objetivo del Eje 1: Efectivizar el Acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo en el punto de atención, para toda la población, en sus diferentes ciclos de la vida y en igualdad de condiciones

CONTENIDO

PARTE 1 ATENCIÓN INTEGRAL A LAS Y LOS ADOLESCENTES	PARTE 2 MUJER EN EDAD FÉRtil-MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO
<ul style="list-style-type: none"> • CUADRO 1: EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL DEL/LA ADOLESCENTE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA • CUADRO 2: EVALUAR RETRASO MENSTRUAL EN LAS ADOLESCENTES • CUADRO 3: EVALUAR TRASTORNOS MENSTRUALES EN LAS ADOLESCENTES • CUADRO 4: EVALUAR EL RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES DE AMBOS SEXOS <u>SEXUALMENTE ACTIVOS</u> • CUADRO 5: EVALUAR RIESGO DE VIH/SIDA EN LOS/ LAS ADOLESCENTES DE AMBOS SEXOS <u>SEXUALMENTE ACTIVOS</u> <p>RIESGOS SOCIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • CUADRO 6: EVALUAR RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS - TODOS LOS ADOLESCENTES DE AMBOS SEXOS - • CUADRO 7: EVALUAR RIESGO DE DEPRESIÓN EN LOS/ LAS ADOLESCENTES • EVALUAR RIESGOS PSICOSOCIALES 	<p>ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER</p> <ul style="list-style-type: none"> • CUADRO 8: EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES <u>NO EMBARAZADAS</u> EN EDAD FÉRtil <p>EMBARAZO Y PARTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • CUADRO 9: EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO – MUJER SIN TRABAJO DE PARTO • CUADRO 10 : EVALUAR Y DETERMINAR EL RIESGO DE LAS MUJERES CON HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO • CUADRO 11: EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO • CUADRO 12: ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL PARTO CON BAJO RIESGO PERINATAL <p>ATENCIÓN POSTNATAL A LA MADRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • CUADRO 13: EVALUAR Y CLASIFICAR EL ESTADO DE SALUD DE LA MADRE EN EL PERÍODO POSTNATAL • CUADRO 14: EVALUAR EN LA MADRE LA CONDICIÓN DE LOS SENOS

PARTE 3 ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO/A Y AL MENOR DE 2 MESES DE EDAD (AIEPI Neonatal)	PARTE 4 ATENCIÓN AL NIÑO/A DE 2 MESES A MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD (AIEPI-Nut CLÍNICO)
<p>ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO/A</p> <ul style="list-style-type: none"> • CUADRO 15: REALIZAR LA ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO/A Y EVALUAR LA NECESIDAD DE REANIMACIÓN • CUADRO 16: EVALUAR LA CONDICIÓN AL NACER <p>ATENCIÓN AL MENOR DE 7 DÍAS QUE ES LLEVADO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • CUADRO 17: DETERMINAR SI TIENE INFECCIÓN BACTERIANA • CUADRO 18: DETERMINAR SI TIENE ICTERICIA NEONATAL • CUADRO 19: DETERMINAR SI TIENE PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO <p>ATENCIÓN AL NIÑO/A DE 7 DIAS A MENOR DE 2 MESES DE EDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • CUADRO 20: DETERMINAR SI TIENE INFECCIÓN BACTERIANA • CUADRO 21: DETERMINAR SI TIENE DIARREA Y DESHIDRATACIÓN • CUADRO 22: DETERMINAR SI HAY PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO 	<p>ATENCIÓN AL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES DE EDAD A MENOR DE 5 AÑOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • CUADRO 23: DETERMINAR SI PRESENTA SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL • CUADRO 24: DETERMINAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN AGUDA O SOBREPESO/OBESIDAD • CUADRO 25: EVALUAR LA TALLA DEL NIÑO O NIÑA • CUADRO 26: EVALUAR PRESENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS • CUADRO 27: EVALUAR PRESENCIA DE DIARREA • CUADRO 28: EVALUAR PRESENCIA DE FIEBRE • CUADRO 29: EVALUAR PROBLEMA DE OIDO • CUADRO 30: DEFINIR CONDUCTA FREnte AL NIÑO O NIÑA CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA

ANEXOS

- HOJAS PARA LA ATENCION SISTEMATIZADA
 - Adolescente
 - Mujer en edad fértil
 - Atención al recién nacido: Evaluar la condición al nacer
 - Atención al menor de 7 días que es llevado al establecimiento de salud
 - Atención al niño/a de 7 días a menor de 2 meses de edad
 - Atención al niño/a de 2 meses a menor de 5 años de edad
- FORMULARIO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL PARA NIÑOS/AS DE 2 MESES A MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA
- CURVAS DE CRECIMIENTO MENORES DE 5 AÑOS
- CURVAS DE IMC ADOLESCENTES
- MAPA MALARIA
- SUPLEMENTACIÓN DE MICRONUTRIENTES EN EL CURSO DE LA VIDA
- AUTORES Y REVISORES
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS PRINCIPALES

EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN

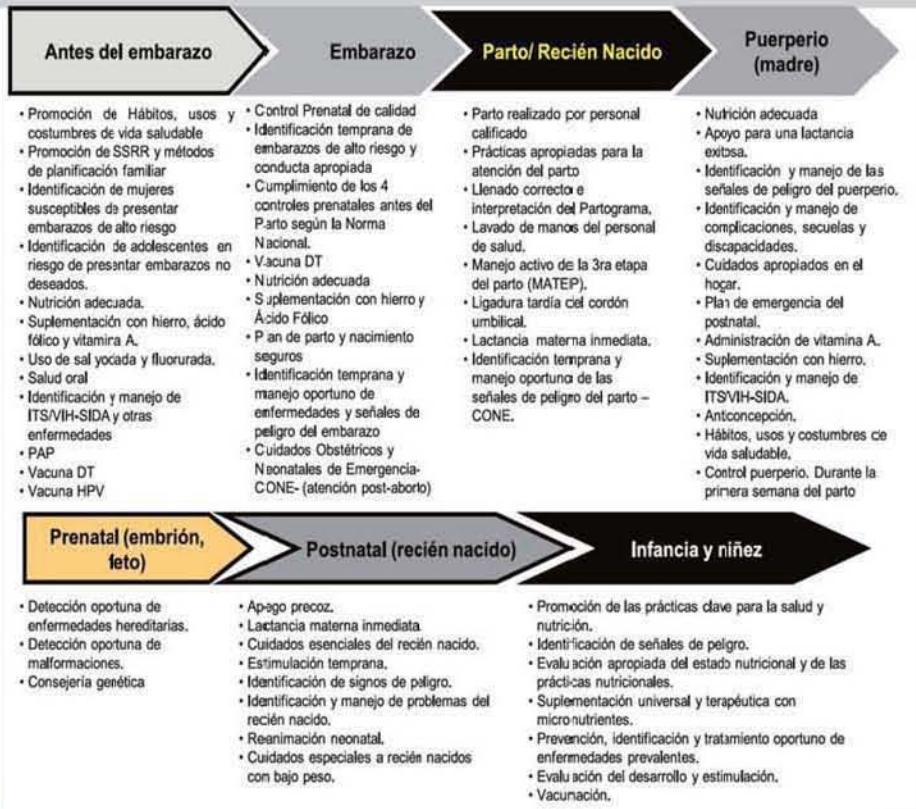
Tipos conceptuales de 'continuo de atención' y el contexto necesario



Contexto:

- Recursos Humanos capacitados en base a competencias
- Estrategia de Información, Educación y Comunicación.
- Infraestructura, mobiliario, equipamiento, instrumental y parque automotor apropiados.
- Insumos y medicamentos disponibles todo el año.
- Redes de establecimientos de salud establecidas con capacidad resolutiva y sin barreras de acceso geográfico, económico, cultural ni de otra índole.
- Servicios de salud disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana, todo el año.
- Redes de transporte y comunicación entre los establecimientos de salud.
- Sistema de referencia y retorno funcional.
- Sistemas de seguimiento, monitoreo, supervisión y evaluación establecidos y funcionales.
- Participación de las familias y comunidades.
- Complementariedad en la atención, con enfoque intercultural y articulación con la medicina tradicional.
- Personal de salud concientizado y motivado.

Intervenciones clave del 'continuo de atención' al Curso de la Vida



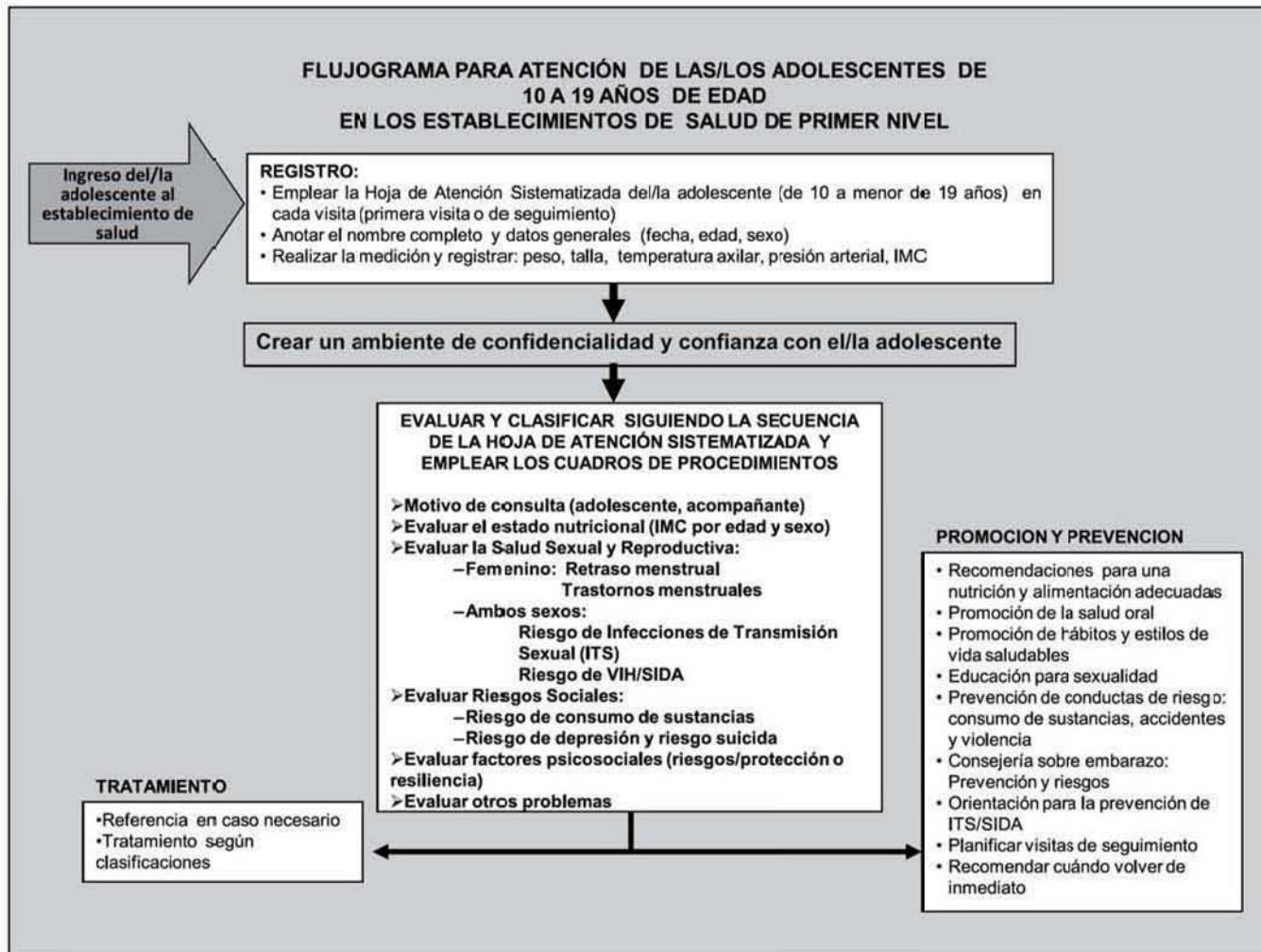
Adaptado del diagrama presentado por Dr. Y.Benguigui, OPS 2008

Ref. Adaptado de Lancet 2007

ATENCIÓN INTEGRADA AL CONTINUO DEL CURSO DE LA VIDA

PARTE 1

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS Y LOS ADOLESCENTES



CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 1: EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL DEL/LA ADOLESCENTE

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO		
DETERMINAR Y OBSERVAR: <ul style="list-style-type: none"> • Enflaquecimiento extremo • Peso en Kg • Talla en cm • Palidez palmar intensa • Determinar el IMC mediante la siguientes fórmulas: IMC= <u>Peso actual (Kg)</u> <u>Talla² (m)</u> o: IMC= <u>Peso (Kg)</u> = Resultado <u>Talla (m)</u> <u>Talla (m)</u> • VERIFICAR EL INDICE DE MASA CORPORAL OBTENIDO EN LA CURVA SEGÚN EDAD Y SEXO • Tomar la presión arterial 		<ul style="list-style-type: none"> • IMC : el punto cae por encima de la curva ROJA (2) 	OBESIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Referir al hospital para valoración y manejo integral ➢ Orientar al adolescente con sobrepeso/obesidad (Pág. 14)
		<ul style="list-style-type: none"> • IMC : el punto cae entre la curva NARANJA (1) Y LA ROJA (2) 	SOBREPESO	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Si tienen hipertensión arterial: Referir al hospital ➢ Realizar encuesta alimentaria (Pág. 13) ➢ Orientar al adolescente con sobrepeso (Pág. 14) ➢ Promocionar estilos de vida saludables (Pág. 27) ➢ Dar recomendaciones para salud oral (Pág. 26) ➢ Dar hierro (Pág. 28) ➢ Visita de seguimiento en 15 días
	Uno o más de las siguientes señales: <ul style="list-style-type: none"> • Enflaquecimiento extremo • Palidez palmar intensa • IMC el punto cae por debajo de la curva NEGRA (-3) 	DESNUTRICIÓN GRAVE O ANEMIA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital 	
	<ul style="list-style-type: none"> • IMC: el punto cae entre la curva NARANJA (-1) Y LA CURVA NEGRA (-3) de acuerdo a edad y sexo 	DESNUTRICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Realizar encuesta alimentaria (Pág. 13) ➢ Dar orientación nutricional Arco alimentario (Pág. 38) ➢ Dar vitamina A 200.000 UI vía oral dosis única ➢ Dar hierro (Pág. 13) ➢ Dar albendazol 400 mg vía oral dosis única ➢ Promocionar estilos de vida saludables (Pág. 27) ➢ Recomendaciones para salud oral (Pág. 26) ➢ Visita de seguimiento en 7 días 	
<ul style="list-style-type: none"> • IMC: El punto cae entre las DOS CURVAS NARANJAS (-1 y +1) de acuerdo a edad y sexo 	NO TIENE DESNUTRICIÓN NI OBESIDAD/SOBREPESO	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Dar orientación nutricional: Arco Alimentario (Pág. 38) ➢ Dar albendazol 400 mg vía oral dosis única ➢ Dar recomendaciones para salud oral (Pág. 26) ➢ Promocionar estilos de vida saludables (Pág. 27) ➢ Dar hierro, (Pág. 28) ➢ Control cada 2 meses 		

Cifras límite para hipertensión arterial en adolescentes (> percentil 95)			
Edad en años	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg	
10 - 12 años	> 125	> 81	
13 - 15 años	> 135	> 85	
16 - 19 años	> 141	> 91	

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 2: EVALUAR RETRASO MENSTRUAL EN LAS ADOLESCENTES
EVALUAR **CLASIFICAR** **TRATAMIENTO**

<p>Antes de evaluar retraso menstrual preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Ya ha tenido menstruación?• Edad de la primera menstruación (menarquia)• ¿Ha tenido o tiene relaciones sexuales? <p>Luego, preguntar: ¿Tiene retraso menstrual? En caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Cuándo fue la fecha de la última menstruación?• ¿Ha tenido relaciones sexuales en las últimas 8 semanas?• ¿Usó/ usa algún método anticonceptivo de manera adecuada?• ¿Presenta náuseas / vómitos matinales?		<p>Tiene retraso menstrual igual o mayor a 10 días y uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tuvo relaciones sexuales en las últimas 8 semanas y no usó ningún método anticonceptivo o lo usó mal• Presenta Nauseas / vómitos matinales	<p>PROBABLE EMBARAZO</p>	<ul style="list-style-type: none">➢ Garantizar confidencialidad. No emitir ningún juicio➢ Orientarle y ayudarle a buscar apoyo en su familia o en el servicio de trabajo social➢ Referir al hospital para evaluación y/o exámenes complementarios➢ Seguimiento dos días después➢ Si el embarazo ha sido confirmado: Realizar control prenatal de acuerdo a normas
		<p>Tiene retraso menstrual igual o mayor a 10 días y uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• No tuvo relaciones sexuales en las últimas 8 semanas• Uso adecuado de método anticonceptivo	<p>EMBARAZO POCO PROBABLE</p>	<ul style="list-style-type: none">➢ Ofrecer consejería sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia (Pág. 16)➢ Reforzar el uso apropiado de métodos anticonceptivos (Pág. 29,30,31)➢ Control en 5 días➢ Si persiste el retraso menstrual referir al hospital

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 3: EVALUAR TRASTORNOS MENSTRUALES EN LAS ADOLESCENTES

		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
Preguntar: ¿TIENE SANGRADO VAGINAL ANORMAL Y/U OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON LA MENSTRUACIÓN? En caso afirmativo: • ¿Tiene sangrado vaginal anormal?, ¿es abundante con coágulos? • ¿Tiene dolor intenso durante la menstruación? • ¿Los ciclos menstruales son irregulares? • ¿Hace cuánto tiempo se han iniciado los ciclos menstruales? • Duración del ciclo menstrual: - ¿Menos de 21 días? - ¿Más de 35 días? • Duración del período menstrual - 2 días o menos - 7 días o mas • ¿Ausencia de sangrado en 3 ciclos o 6 meses? • ¿Está muy irritable o de mal humor? • Los pechos ¿están sensibles o le duelen? • ¿Tiene distensión abdominal? • ¿Tiene vómitos?	Observar:  <ul style="list-style-type: none"> • Palidez palmar • Fiebre • Dolor abdominal • Sangrado vaginal abundante, con coágulos y/o restos de membranas • Compromiso del estado general • Tiene clasificación de PROBABLE EMBARAZO 	<p>Sangrado vaginal con coágulos y/o membranas y uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de PROBABLE EMBARAZO • Dolor abdominal • Palidez palmar • Fiebre • Compromiso del estado general • Sangrado menstrual mayor que lo habitual o cuando no corresponde 	PROBABLE ABORTO	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital
		<p>Si los ciclos menstruales se han iniciado hace más de 2 años, uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duración del ciclo: <ul style="list-style-type: none"> - Menos de 21 días - Más de 35 días • Duración del período <ul style="list-style-type: none"> - 2 días o menos - 7 días o mas • Ausencia de menstruación durante 3 ciclos o durante 6 meses, sin evidencia de embarazo 	TRASTORNO DEL CICLO MENSTRUAL	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Referir al hospital para evaluación ➢ Si los ciclos menstruales se han iniciado hace menos de dos años, orientar a la adolescente que al inicio, los ciclos son irregulares en duración del periodo, duración del ciclo y en cantidad de sangrado.
		<p>Si antes de la menstruación presenta uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor en las mamas • Dolor en hipogastrio durante la menstruación • Distensión abdominal • Vómitos 	SÍNDROME PRE MENSTRUAL/ DISMENORREA	<ul style="list-style-type: none"> ➢ En caso de dolor dar paracetamol, 500 mg cada 6 horas por 2 días ➢ Promocionar estilos de vida saludables (Pág. 27) ➢ Evitar café, tabaco, alcohol, disminuir sal en los alimentos ➢ Realizar ejercicio físico regular

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 4: EVALUAR EL RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES DE AMBOS SEXOS SEXUALMENTE ACTIVOS

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
Preguntar /observar: <ul style="list-style-type: none"> ¿Ha iniciado relaciones sexuales? <p>En caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿En los últimos tres meses, cuántas parejas sexuales ha tenido? • ¿Cambia frecuentemente de pareja sexual? • ¿Usa condón o preservativo (masculino – femenino)? - Si lo usa, ¿lo usa adecuadamente? • ¿Tiene relaciones sexuales con personas desconocidas? • ¿La pareja cursa con ITS? • ¿Vive 'en la calle'? <p>Masculino:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Secreción uretral? - ¿Dolor / ardor al orinar? - ¿Lesiones en región anal / genital?: - ¿Úlceras? ¿Ampollas? ¿Verrugas? - ¿Masas o ganglios inguinales? <p>Femenino:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Flujo vaginal anormal? ¿Grisáceo? ¿Amarillento? ¿Purulento? - ¿Picazón o ardor vulvar? - ¿Dolor/ sangrado vaginal después de las relaciones sexuales? - ¿Lesiones en región genital y/o anal? ¿Ulceras? ¿Ampollas? ¿Verrugas? - ¿Masas o ganglios inguinales? 	<p>Ha iniciado relaciones sexuales y uno o más de los siguientes:</p> <p>Masculino:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreción uretral • Dolor / ardor al orinar • Lesiones en región / anal genital • Úlceras- Ampollas- Verrugas • Masas o ganglios inguinales <p>Femenino:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flujo vaginal anormal: amarillenta grisáceo, purulento • Picazón o ardor vulvar • Dolor/sangrado vaginal después de relaciones sexuales • Lesiones en región genital y/o anal • Masas o ganglios inguinales 	<p>ITS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantizar confidencialidad ➤ Averiguar sobre personas con las que ha tenido contacto sexual ➤ Realizar tratamiento sindromático de las ITS según normas (Pág. 18) ➤ Evaluar y tratar a la pareja ➤ En caso de no poder realizar tratamiento referir URGENTEMENTE al Hospital
	<p>ALTO RIESGO DE ITS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene más de un compañero(a) sexual • Cambio frecuente de pareja sexual • No usa condón o lo usa mal • Relaciones con personas desconocidas • Pareja cursa con ITS • Vive 'en la calle' 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ofrecer información sobre la prevención general de las ITS (Pág. 20) ➤ Ofrecer orientación en anticoncepción (Pág. 30,31) ➤ Evaluar y tratar a la pareja ➤ Control en un mes
	<p>BAJO RIESGO DE ITS</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tiene ninguna de las señales/conductas anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ofrecer información sobre la prevención general de las ITS ➤ Ofrecer orientación en anticoncepción (Pág. 30,31)

**CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 5: EVALUAR RIESGO DE VIH/SIDA EN LOS/ LAS ADOLESCENTES DE AMBOS SEXOS
SEXUALMENTE ACTIVOS**

EVALUAR

CLASIFICAR

TRATAMIENTO

Preguntar:	Observar:		
En caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha iniciado relaciones sexuales? • ¿Relaciones sexuales sin condón? • ¿Usa drogas intravenosas inyectables? • ¿Ha perdido peso? • ¿Es trabajador/a sexual? • ¿Ha recibido transfusiones de sangre o derivados? • ¿Antecedentes de abuso sexual? • ¿Tiene diarrea que dura más de un mes? • ¿Ha perdido el apetito? • ¿Tiene fiebre que dura más de un mes? 	 <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso mayor al 10% o enflaquecimiento acentuado • Ulceras en cavidad oral u otras mucosas • ¿Tiene clasificación de ITS? 	<p>Ha iniciado relaciones sexuales y dos o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso mayor al 10% o enflaquecimiento acentuado • Pérdida del apetito • Diarrea que dura más de un mes • Infecciones respiratorias frecuentes • Fiebre que dura más de un mes sin foco aparente • Ulceras en cavidad oral u otras mucosas 	<p align="center">RIESGO DE SIDA</p> <p>➤ Referir URGENTEMENTE al Hospital</p>
		<p>Ha iniciado relaciones sexuales y dos o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sexuales sin condón • Clasificación de ITS • Uso de drogas intravenosas • Trabajador/a sexuales • Ha recibido transfusiones sangre o derivados • Ha sufrido abuso sexual 	<p align="center">RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH</p> <p>➤ Garantizar la confidencialidad</p> <p>➤ Ofrecer información sobre la prevención general de las ITS</p> <p>➤ Recomendar que se realice exámenes de laboratorio, consentimiento informado</p> <p>➤ Referir al hospital/laboratorio para realización de exámenes, previo consentimiento de la adolescente</p> <p>➤ Identificar a un adulto que apoye a la adolescente</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno de los anteriores 	<p align="center">BAJO RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH</p> <p>➤ Ofrecer información sobre la prevención general de las ITS (Pág. 20)</p>

RIESGOS SOCIALES
CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 6: EVALUAR RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

- TODOS LOS ADOLESCENTES DE AMBOS SEXOS -

EVALUAR

CLASIFICAR

TRATAMIENTO

Preguntar.:	Observar
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Consumo tabaco/alcohol/thinner, clefa, gasolina u otros en forma regular? • ¿Si no los consume ahora, los ha consumido antes? • ¿En la familia se consume tabaco, alcohol / drogas? • ¿Su grupo de amigos consume tabaco/ alcohol / drogas? • ¿Ha sufrido eventos traumáticos: crisis familiar o pareja/ duelo reciente /desintegración familiar/abuso? • ¿Vive en 'la calle'? • ¿Ha abandonado el colegio? • ¿Los padres son muy estrictos, permisivos o distantes/ausentes? • ¿Tiene fácil acceso a estas sustancias? 	<ul style="list-style-type: none"> • Descuido personal extremo



<ul style="list-style-type: none"> • El/la adolescente acepta que consume tabaco, alcohol, o drogas en forma regular 	<p>CONSUMO DE SUSTANCIAS</p> <p>Dos o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso previo de sustancias • Familia y/o amigos que consumen tabaco, alcohol, otras sustancias • Eventos traumáticos • Adolescente de 'la calle' • Abandono escolar • Padres muy estrictos/permisivos/ausentes • Fácil acceso a sustancias • Descuido personal extremo 	<p>RIESGO PARA CONSUMO DE SUSTANCIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Referir a servicio especializado para adolescentes ➤ Informar y orientar a los adolescentes sobre los efectos que trae el uso de sustancias (Pág. 17) ➤ Promocionar estilos de vida saludables (Pág. 27) ➤ Recomendar que evite las ocasiones en las que hay disponibilidad de alcohol o drogas ➤ Solicitar el nombre de 2 adultos de su confianza y conversar con ellos ➤ Garantizar confidencialidad aclarando la posibilidad de requerir apoyo de los padres ➤ Promover conductas de autodeterminación (Pág. 15)
<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno de los anteriores 	<p>BAJO RIESGO PARA CONSUMO DE SUSTANCIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informar y orientar a los adolescentes sobre los efectos que trae el uso de sustancias (Pág. 17) ➤ Promocionar estilos de vida saludables (Pág. 27) ➤ Promover conductas de autodeterminación (Pág. 15) 	

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 7: EVALUAR RIESGO DE DEPRESIÓN EN LOS/ LAS ADOLESCENTES

<p>PREGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se siente o se lo ve triste? <p>En caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha realizado un intento suicida recientemente? • ¿Existen antecedentes familiares de depresión o suicidio? • ¿Habla frecuentemente de la muerte o suicidio durante las últimas dos semanas? • ¿Ha sufrido algún evento traumático durante los últimos 3 meses? (muerte de un ser querido, separación de algún familiar o de la pareja, abuso físico, sexual o psicológico, VIOLENCIA, aborto reciente, etc.) • ¿Tiene cambios en el patrón del sueño durante las últimas dos semanas? (No puede dormir, despierta muy temprano, duerme mucho) • ¿Está realizando sus actividades habituales las últimas dos semanas? (comer normalmente, ir al colegio, practicar deportes, etc.) • ¿Se ha fugado de su casa? • ¿Cómo está su rendimiento en el colegio? <p>OBSERVAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descuido personal evidente • Se lo ve triste y deprimido • Llora con facilidad 		<ul style="list-style-type: none"> • Intento suicida reciente <p>Se siente triste y presenta dos o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de depresión o suicidio • El /la adolescente habla frecuentemente de muerte o suicidio • Evento traumático reciente 	<p>DEPRESIÓN GRAVE CON RIESGO DE SUICIDIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Referir URGENTEMENTE a un centro especializado (Hospital psiquiátrico) acompañado por otra/s persona/s ➢ Negociar con el / la adolescente la forma y necesidad de hacer conocer a sus padres, o familiares sobre el problema
		<p>Se siente triste y presenta dos o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el patrón del sueño • Ha dejado de realizar sus actividades habituales • Se ha fugado de la casa • Descuido personal evidente • Llora con facilidad • Bajo rendimiento en el colegio 	<p>SIGNS DE ALERTA DEPRESION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Elogiar el hecho de acudir al centro ➢ Negociar con el / la adolescente la forma y necesidad de hacer conocer a sus padres, o familiares sobre el problema ➢ Recomendar actividades que eviten el aislamiento, recomendar que continúe asistiendo a clases y que realice actividades sociales ➢ Promocionar estilos de vida saludables (Pág. 27) ➢ En caso de abuso físico, sexual o psicológico: Referir a Defensoría de la niñez y adolescencia y/o al Servicio Legal Integral del Municipio (SLIM) y/o a la trabajadora social ➢ Si es posible, referir al profesional de salud mental ➢ Promover conductas de autodeterminación (Pág. 15)

EVALUAR FACTORES PSICOSOCIALES (RIESGOS/PROTECCIÓN O RESILIENCIA): F.A.C.T.O.R.E.S

FACTORES	Preguntas de orientación para la evaluación
Familia: Relación y grado de satisfacción con los padres, hermanos y otros. Con quién vive. Escolaridad y ocupación de los padres, aspectos socioeconómicos.	¿Con quién vives? ¿cuántos hermanos tienes? ¿cómo te llevas con tus padres? ¿y con tus hermanos?, ¿consideras que en tu familia hay algún tipo de violencia (física, psicológica, sexual)? ¿qué haces al respecto? ¿qué momentos comparten en familia? ¿Quién imparte reglas?, ¿éstas se cumplen? ¿qué responsabilidades asumes? ¿hay afectividad y comunicación?
Amigos: Amistades, actividades, deportes, tipo de relaciones.	¿Tienes amigos? ¿a qué se dedican cuando están juntos? ¿practicas algún deporte? ¿qué haces en tu tiempo libre? ¿pertenes a algún grupo de amigos? ¿cómo te sientes en este grupo?
Colegio: Rendimiento y grado de satisfacción en el estudio y/o trabajo. Nivel de escolaridad. Tipo de colegio en el que estudió (particular o fiscal). Tipo de trabajo	¿Estudias o trabajas? ¿cómo te va en el colegio? ¿qué tipo de trabajo realizas? ¿te sientes a gusto en el colegio y/o en el trabajo? ¿cómo te llevas con tus profesores? ¿tus compañeros te intimidan o se burlan de ti?, ¿Cómo te sientes al respecto?, ¿tomas alguna actitud?, ¿Cuál, por qué?
Tóxicos: Experimentación o abuso del tabaco, alcohol, drogas.	¿Qué opinas del consumo de tabaco, drogas, del alcohol? ¿tienes amigos/as que consumen? ¿alguna vez consumiste?, ¿en tu familia alguien consume alcohol o drogas?
Objetivo: Metas, objetivos personales en relación al estudio, trabajo, familia. Ideales, ilusiones. Proyecto de vida.	¿Cómo te imaginas a ti mismo/a dentro de 5 años? ¿en 10 años, qué estarás haciendo? ¿qué piensas hacer cuando termines el colegio?.
Riesgos: Práctica de deportes de riesgo (moto, coches, boxeo), ambientes violentos, abuso sexual	¿Te gustan los deportes extremos?, ¿Cuáles? ¿en cuántas habitaciones vives con tu familia? ¿cómo es tu casa? ¿te sientes seguro/a en tu casa? ¿te sientes seguro/a en la calle?
Estima: Aceptación personal, autoestima, valoración de la propia imagen, sentido de pertenencia e identidad familiar, identidad étnica- racial	¿Cómo te sientes contigo mismo/a? ¿podrías definirte en tres palabras? ¿cómo te sientes en tu familia? ¿en tu barrio? ¿cómo te sientes con tus amigos? ¿alguna vez te sentiste diferente o "relegado/a"? ¿te has sentido discriminado alguna vez? ¿por qué?
Sexualidad: Grado de información, identidad sexual, temas que le preocupan	¿Recibiste alguna información sobre sexualidad?, ¿te interesaría recibir orientación en ese tema?, ¿tienes chico/a? ¿tuviste relaciones sexuales? ¿cómo te cuidas? ¿conversas con tu pareja sobre sexualidad y protección o prevención? ¿te has sentido alguna vez atraido/a por alguien de tu mismo sexo? ¿qué hiciste al respecto?.

EVALUAR OTROS PROBLEMAS

RECOMENDACIONES PARA EL/LA ADOLESCENTE CON ACNE

- Si el/ la adolescente presenta lesiones en la piel de la cara y la espalda: comedones (puntos negros) Pápulas, vesículas, nódulos o quistes recomendar:
 - Evitar la manipulación de las lesiones.
 - Usar jaboncillo y shampoo anti-seborreico
 - Usar cabello corto o recogido, evitando que el cabello tenga contacto con las áreas afectadas
 - Peróxido de benzoilo para los casos graves (loción, crema)
 - Antibióticos para casos graves :
 - o Eritromicina 500 mg/día o doxiciclina 100 mg/vía oral/dia, durante 2 meses
 - Si no mejora referir al especialista dermatólogo

OTRAS ENFERMEDADES

- Si el adolescente presente otras enfermedades o síntomas, como ser:
 - Tos o dificultad para respirar: Bronquitis, neumonía, asma, tuberculosis (tos por más de 15 días)
 - Dolor de garganta: Faringitis, amigdalitis
 - Dolor abdominal agudo: Apendicitis, peritonitis, otras causas
 - Fiebre: Infecciones virales, bacterianas, malaria, otras causas
 - Cefalea: Migraña, otras causas

Realizar el tratamiento de acuerdo a Normas de Atención Clínica del Ministerio de Salud.

En caso de duda en el diagnóstico o mal estado general del/la adolescente: **REFERIR URGENTEMENTE AL HOSPITAL**

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA EL/LA ADOLESCENTE

ALIMENTOS	10 A 13 AÑOS	14 A 19 AÑOS	FRECUENCIA
Leche	4 tazas	4 tazas	Diaria
Carnes: res, pollo, pescado	1 porción	1 porción	Diaria
Huevos	1 unidad	1 unidad	3 veces/semana
Leguminosas	¾ taza	1 taza	Diaria
Frutas	4 unidades	6 unidades	Diaria
Verduras	1 taza cocidas 1 taza crudas	1 taza cocidas 1 taza crudas	Diaria
Papa o camote	3 unidades	4 unidades	Diaria
Cereales	2 tazas	2 tazas	Diaria
Pan	2 unidades	2 unidades	Diaria
Azúcar	2 cucharillas	2 cucharillas	Diaria
Aceite vegetal	1 cuchara sopera	1 cuchara sopera	Diaria
Agua	6 vasos	8 vasos	Diaria
APORTE	2100 cal	2500 cal	Diaria

EJEMPLO DE MENU*	
Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> •1 taza de leche o yogurt •1 pan o una taza de cereal •1 huevo cocido o frito •1 fruta de la estación o un vaso de jugo natural
Media mañana	<ul style="list-style-type: none"> •1 yogurt •1 fruta de la estación •1 pan con mermelada
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none"> •1 porción de carne •1 taza de verdura •1 papa •1 taza de cereal •1 taza de habas, arvejas u otra leguminosa •1 fruta de la estación •1 taza de leche o yogurt
Media tarde (opcional)	<ul style="list-style-type: none"> •1 fruta de la estación
Cena	<ul style="list-style-type: none"> •1 taza de verduras •1 papa •1 taza de leche •1 fruta de la estación

* Este menú debe ser considerado solo como un ejemplo, requiere ser adecuado al lugar y contexto del/la adolescente

ORIENTACIONES GENERALES PARA REALIZAR UNA ENCUESTA ALIMENTARIA A EL/LA ADOLESCENTE

- 1. Identifique un día 'habitual' (puede ser el día previo si no ha sido un día festivo)**

- 2. Determine el número de comidas diarias:**
 - ¿Cuántas veces come al día?
 - ¿Cuáles son sus comidas principales?
 - ¿Come 'meriendas' o 'entrecomidas'?

- 3. Determine la variedad de los alimentos durante el día**
 - ¿Qué ha comido durante el desayuno?
 - ¿Qué ha comido durante el almuerzo?
 - ¿Qué ha comido durante la cena?
 - Si come meriendas o entrecomidas: ¿En qué consisten?

- 3. Determine la conducta alimentaria**
 - Evita comer (¿hace 'dieta')?
 - ¿Come demasiado?
 - ¿Se provoca el vómito después de comer?

- 4. Saque conclusiones sobre la alimentación del/la adolescente:**
 - ¿Tiene una frecuencia diaria adecuada (3- 4 veces al día)?
 - ¿Es variada? (consume Cereales, Frutas, legumbres, verduras, carne (no embutidos), leche y sus derivados (queso, yogur))
 - ¿Consume demasiados dulces, frituras, comida rápida?
 - ¿Sus conducta alimentaria es aceptable (no hace dieta, no come demasiado, no se provoca el vómito después de comer)
 - ¿Tiene otros problemas relacionados con la nutrición?

- 4. Si ha encontrado algún problema, converse con el adolescente y trate de corregir el problema**

- 5. Acuerde y cite a el/la adolescente en una semana, para verificar si ha podido aplicar las recomendaciones**

RECOMENDACIONES PARA EL/LA ADOLESCENTE CON SOBREPESO / OBESIDAD

1. Tipos de alimentos <ul style="list-style-type: none">• Disminuir la ingesta de grasas de origen animal (cerdo, cordero , grasa de vaca, piel de pollo)• Disminuir la cantidad de porciones de carbohidratos (pan, fideo, papa)• Disminuir el consumo de sal y azúcar• Consumir alimentos de preferencia hervidos, cocidos o a la plancha• Consumir pescados• Consumir de preferencia pan negro o integral• Aumentar el consumo de agua y evitar consumo de jugos azucarados y refrescos con gas	4. Conducta alimentaria <ul style="list-style-type: none">• Establecer horarios para las comidas. No comer fuera de los horarios• Consumir / ingerir 3 – 4 comidas diarias• Consumir desayuno todos los días• Comer lentamente, masticando bien los alimentos• Disminuir las cantidades de las porciones• Evitar ayunos prolongados• Evitar comer de más en situaciones especiales (vacaciones, fiestas)• Evitar consumir 'comidas chatarra' , dulces, frituras, etc.
2. Registro de la ingesta de alimentos <ul style="list-style-type: none">• Llevar un registro personal de los alimentos, bebidas, dulces, frituras, etc., que ha consumido durante el día. Esto permite tomar conciencia de lo que come y cuánto come• Realizar compromisos personales para el día siguiente, se debe plantear metas personales y factibles para el día siguiente	5. Control de estímulos <ul style="list-style-type: none">• Evitar estímulos para comer, por ejemplo ver Televisión• Comer en el lugar destinado para ello, de preferencia compartir con la familia• Evitar la publicidad de alimentos
3. Actividad física: <ul style="list-style-type: none">• Realizar actividad física regular (caminar, manejar bicicleta, correr, nadar, etc.) durante 60 o más minutos cada día	6. Participación de la familia <ul style="list-style-type: none">• La obesidad es una enfermedad familiar que requiere un cambio en los hábitos y estilos de vida de la familia.• La familia debe participar estimular al a adolescente para el éxito de la disminución de peso

LA MODIFICACIÓN DE LOS HABITOS ALIMENTARIOS DEBE SER REALIZADA DE MANERA PROGRESIVA



ESTRATEGIA COGNITIVO – CONDUCTUAL PARA PROMOVER CONDUCTAS DE AUTODETERMINACIÓN EN ADOLESCENTES

Pasos para que los prestadores de servicios de salud ayuden a que los/las adolescentes tomen decisiones reflexionadas o resuelvan conflictos de presión

1. Busca información adecuada sobre el tema que te preocupa; por ejemplo en sitios serios de internet, profesores, personal de salud y personas con experiencia y valores
2. Piensa en los valores que asumiste a lo largo de tu vida y analízalos, compara con la información que recibiste. Los valores evitan tomar decisiones apresuradas que más tarde pueden hacerte sentir mal contigo mismo/a
3. Haz una lista de todas las opciones que tienes
4. Evalúa las ventajas y desventajas cada una de ellas.
5. Piensa en las consecuencias buenas y malas de tu decisión a corto, mediano y largo plazo.
6. Toma tu decisión según tu mejor opción.
7. Evalúa los resultados de la decisión que tomaste, ¿Estás contento/a, satisfecho/a con tu decisión? O quizás todavía estás a tiempo de corregir lo que no te salió bien.

¡Tú decides...!

Ref: Programa de Adolescencia. SEDES Santa Cruz

TEMAS PARA ESTIMULAR LAS FORTALEZAS O FACTORES PROTECTORES DE LOS / LAS ADOLESCENTES

CON EL ADOLESCENTE	CON GRUPOS DE ADOLESCENTES	CON LAS FAMILIAS	CON LA COMUNIDAD
<ul style="list-style-type: none">➤ Derechos del adolescente➤ Cómo mejorar la autoestima➤ Asertividad➤ Responsabilidad en sus hábitos de salud➤ Conducta sexual responsable	<ul style="list-style-type: none">➤ Promoción de la salud, estado físico y nutricional adecuados➤ Responsabilidad en sus hábitos de salud➤ Buena relación con sus pares➤ Autoestima➤ Manejo del stress➤ Desarrollo de su identidad personal➤ Conducta sexual responsable➤ Prevención de la violencia➤ Derechos del adolescente➤ Respeto a los derechos de los otros➤ Metas vocacionales y educativas de acuerdo a edad➤ Valores	<ul style="list-style-type: none">➤ Los cambios propios del adolescente➤ Participación de la familia en las actividades del adolescente➤ Premios a los logros del/ de la adolescente➤ Educación sexual acorde con la edad➤ Derechos del adolescente➤ Prevención de la violencia➤ Apoyo hacia las metas educacionales del/ de la adolescente➤ Valores y ejemplos➤ Amor con límites➤ 'Familiar Fuertes'	<ul style="list-style-type: none">➤ Los cambios propios del adolescente➤ Identificación de oportunidades educacionales, vocacionales, sociales y recreativas de calidad➤ Prevención de la violencia➤ Derechos del adolescente➤ Apoyo a familias con necesidades especiales➤ Leyes que protegen a los/ las adolescentes➤ Promoción de servicios integrales de salud, educación y formación técnica y profesional.➤ Medio ambiente libre de riesgos (tóxicos, contaminación, violencia, seguridad)

RIESGOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

- Mayor riesgo de infecciones, aborto, parto prematuro, mayor mortalidad materna, hipertensión del embarazo.
- Para el hijo: prematuridad, muerte súbita, infecciones, mayor mortalidad.. Mayor riesgo de maltrato.
- Mayor riesgo de hijos no deseados
- Mayor inestabilidad con la pareja a corto y largo plazo.
- Bajo nivel educativo y fracaso escolar (abandono de estudios)
- Mayor riesgo de depresión.

EFECTOS A LARGO PLAZO DEL ABUSO DEL CONSUMO DE ALGUNAS SUSTANCIAS

SUSTANCIA	EFECTOS A LARGO PLAZO
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Gastritis, esofagitis • Pérdida del apetito, desnutrición • Problemas cutáneos • Alteraciones en la memoria: «lagunas mentales» • Impotencia sexual • Cirrosis • Violencia • Disrupción familiar
Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de pulmón, boca, laringe, estómago • Otros problemas pulmonares • Dientes teñidos, mal aliento • Infartos cardíacos • Cataratas
Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Pérdida de peso • Náuseas • Infartos cardíacos, accidentes vasculares cerebrales • Impotencia sexual • Convulsiones • Hepatitis e infección por VIH cuando la droga se usa inyectada con jeringas contaminadas • Ansiedad, inquietud • Anhedonia (incapacidad para experimentar placer) • Depresión • Psicosis y alucinaciones • Dependencia psicológica: deseo imperioso de consumir la droga • Zoopsias: sensación imaginaria de que gran cantidad de insectos se encuentran bajo la piel
Inhalantes (thinner, clefa, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas y sangrados nasales • Dolores de cabeza, debilidad muscular y dolores abdominales • Conductas violentas • Disminución paulatina del olfato • Hepatitis, daño pulmonar y renal • Dificultad para el control de esfínteres • Daño cerebral irreversible

TRATAMIENTO SINDROMÁTICO DE LAS ITS

SÍNDROME	SÍNTOMAS/SIGNOS	TRATAMIENTO
Flujo vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Flujo vaginal anormal • Picazón vaginal • Dolor al orinar • Dolor durante el acto sexual 	<p>Sin factores de riesgo (Antecedentes de ITS, múltiples parejas sexuales, alcoholismo, drogadicción, relaciones sexuales no protegidas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol 2 g vía oral, dosis única (4 comp. de 500 mg) <p>Con factores de riesgo :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única; además • Doxiciclina 100 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas, durante 7 días; más • Metronidazol 2 g vía oral, dosis única y si existe picazón vaginal además tratar contra candidiasis con Clotrimazol 100 mg vía vaginal, una vez al día, antes de dormir, durante 7 días
Flujo uretral	<ul style="list-style-type: none"> • Flujo por la uretra • Dolor al orinar • Necesidad de orinar frecuentemente 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única; más • Doxiciclina 100 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas, durante 7 días
Ulceras genitales	<ul style="list-style-type: none"> • Llagas en región genital • Lesión/es vesiculares 	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina benzatínica 2.400.000 UI vía intramuscular, dosis única; más • Eritromicina 500 mg vía oral, cuatro veces al día, cada 6 horas, durante 7 días.
Dolor abdominal bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal bajo • Dolor durante el acto sexual • Flujo vaginal anormal • Temperatura mayor a 38C 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única; además • Doxiciclina 100 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas, por 7 días; además • Metronidazol 500 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas, por 10 a 14 días
Edema en escroto	<ul style="list-style-type: none"> • Hinchazón y dolor en escroto 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única; además • Doxiciclina 100 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas, durante 7 días
Bubón inguinal	<ul style="list-style-type: none"> • Hinchazón dolorosa de la ingle • Ganglios linfáticos inguinales hinchados • Abscesos fluctuantes • Ulceras 	<ul style="list-style-type: none"> • Eritromicina, 500 mg. VO, cada 6 hrs, por 7 días (mujer embarazada) • Ciprofloxacina, 500 mg. VO dosis única (no usar en mujer embarazada, ni lactante)

Ref.: Ministerio de Salud y Deportes. Guía del Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual, Bolivia 2001., Protocolos SUSALUD 2007

RECOMENDACIONES PARA TRATAMIENTO DE LOS CONDILOMAS GENITALES

EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	EN EL HOGAR
<ul style="list-style-type: none">➤ Aplicar podofilina al 10% en las verrugas, teniendo cuidado de no aplicarla en la piel normal o en mucosas.➤ Dejar que la podofilina actúe durante 4 horas, luego lavarla con agua tibia➤ Realizar las aplicaciones de podofilina, en el establecimiento de salud cada semana, hasta un máximo de 6 semanas <p>➤ Durante el embarazo: Ácido tridoroacético glacial al 50% , aplicaciones diarias hasta resolución del cuadro</p>	<ul style="list-style-type: none">➤ El usuario debe aplicarse solución o gel de podofilina al 0.5%, en las verrugas, teniendo cuidado de no aplicarla en la piel normal o mucosas➤ La aplicación de podofilina al 0.5% debe ser realizada 2 veces día durante 3 días consecutivos, luego dejar 4 días sin realizar las aplicaciones➤ Luego de la aplicación de la podofilina, dejar que actúe durante 6 a 10 horas y luego lavarla con agua tibia y jabón suave➤ Lavarse las manos con agua y jabón después de cada aplicación en la zona afectada.➤ Repetir este procedimiento durante 4 semanas como máximo

MEDIDAS GENERALES PARA PREVENIR LAS ITS, INCLUYENDO EL SIDA/VIH

	¿Qué significa?	¿Cuál es su eficacia?	Comentarios
ABSTINENCIA	No tener relaciones sexuales que impliquen contacto o penetración genital, anal u oral	Es 100% efectivo	<ul style="list-style-type: none">• En la realidad es poco práctica y poco cumplida por los adolescentes y adultos• Por lo menos se debe intentar postergar el inicio de las relaciones sexuales lo más que se pueda
SER FIEL	Tener solamente una pareja sexual, tanto para el hombre como para la mujer	Puede ser 100% efectiva	<ul style="list-style-type: none">• La pareja debe estar sana y no debe estar expuesta a transfusiones sanguíneas o contacto con fluidos orgánicos que podrían ser portadores de agentes infecciosos
USAR CONDON	Usar correctamente el condón masculino o femenino en todos los contactos sexuales	Aproximadamente el 80%	<ul style="list-style-type: none">• No es 100% seguro• Ofrece poca protección frente a la <i>Chlamydia trachomatis</i>, virus de papiloma y herpes genital

ATENCIÓN INTEGRADA AL CONTINUO DEL CURSO DE LA VIDA

PARTE 2

**MUJER EN EDAD FÉRTIL MUJER
DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y
PUERPERIO**

ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 8: EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES NO EMBARAZADAS EN EDAD FÉRIL

PREGUNTAR	DETERMINAR, OBSERVAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha estudiado en el colegio o escuela? • ¿Tiene antecedentes de alguna enfermedad? • ¿Se ha embarazado alguna vez? • Cuántos hijos tiene? • ¿Algún embarazo ha sido múltiple? • ¿Alguno de sus hijos ha nacido con bajo peso o alguna deformidad? • ¿Ha tenido abortos? • Alguno de sus hijos ha muerto durante la primera semana después de nacer? • ¿Utiliza algún método anticonceptivo? • ¿Se hizo la prueba de Papanicolaou (PAP-IVAA)? • ¿Ha tenido flujo genital? • ¿Ha tenido dolor abdominal bajo? (vientre bajo, hipogastrio y/o fosas ilíacas?) • ¿Tiene relaciones sexuales? ¿con una o más personas? • ¿Toma alcohol, fuma, consume drogas, de manera habitual? • ¿Ha tenido contacto con insecticidas y/o químicos? 	<p>CLASIFICAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquema de vacunación • Peso y Talla • IMC (índice de masa corporal). • Presión arterial • Palidez de piel y mucosas • Caries dental • Flujo genital. • Ulceras, vesículas, otras lesiones en genitales externos • Anemia o palidez palmar intensa. • VDRL-RPR - ITS/VIH (+) • Chagas o gota gruesa para malaria (+) • Presencia de signos de enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> - Cardiovascular - Pulmón - Renal. - Neurológica - Endocrinológica - Infecciones - Infección urinaria 	<p>Uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor de 15 años o mayor de 35 años de edad • Sin ningún estudio (escolaridad) <p>ANTECEDENTES DE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis • Diabetes • Hipertensión arterial • Preeclampsia/eclampsia • Otra condición médica grave • VIH (+) • Cardiopatía/Nefropatía. • Violencia • Primigesta o gran multípara • Embarazo múltiple • Hijos con bajo peso, prematuridad, o malformación congénita • Abortos, muerte fetal o neonatal temprana • Cesárea previa • Periodo entre embarazos menor a 3 años o mayor a 5 años. <p>ESTADO ACTUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMC menor de 19 o mayor de 26 • Talla menor de 140 cm • Hemoglobina menor de 8 g/dl (llano), menor de 9,4 (valle), menor de 11 (altiplano) o palidez palmar intensa • Fumadora activa / pasiva • Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción • Caries y/o periodontitis • Examen de mamas anormal • VDRL o RPR reactivo (mayor de 1:8). • Prueba de VIH (+) • PAP positivo • Prueba ELISA para Chagas (+) • Gota gruesa para malaria (+) • Infección urinaria y bacteriuria asintomática • Enfermedad previa sin control • Exposición a químicos y/o insecticidas • Presión arterial elevada • Flujo genital • Dolor abdominal bajo • Ulceras, vesículas, otras lesiones en genitales externos • Parejas sexuales múltiples. • Consumo habitual de alcohol, tabaco o drogas 	<p>MUJER CON RIESGO SEXUAL Y REPRODUCTIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Administrar hierro con ácido fólico (Pág. 28) ➢ Desparasitar: Albendazol 400 mg dosis única o Mebendazol 500 mg dosis única. ➢ Recomendar higiene personal. ➢ Recomendar higiene oral y visita a odontólogo (Pág. 26) ➢ Aplicar vacunas según esquema (Pág. 28) ➢ Recomendar realización de PAP. ➢ Realizar y enseñar el auto-examen de mamas ➢ Si VDRL ó RPR reactivos: administrar penicilina benzatínica 2,4 millones de UI, IM, en una sola dosis. ➢ Orientar en métodos anticonceptivos y prevención de ITS/VIH-SIDA (Pág. 20, 29) ➢ Referir al hospital. Referencia NO urgente ➢ Iniciar procesos educativos sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados generales de salud. - Métodos anticonceptivos (Pág. 29) - Estilos de vida saludable (Pág. 27)

- No presenta ninguna de las señales anteriores

**MUJER CON BAJO
RIESGO SEXUAL Y
REPRODUCTIVO**

- Realizar orientación nutricional y promover hábitos, usos y costumbres de vida saludable
- Administrar hierro con ácido fólico (Pág. 28)
- Desparasitar: Albendazo 400 mg dosis única o Mebendazol 500 mg dosis única.
- Recomendar higiene personal
- Recomendar higiene oral (Pág. 26)
- Aplicar vacunas según esquema (Pág. 28)
- Recomendar realización de PAP - IVAA
- Realizar y enseñar el auto-examen de mamas (Pág. 32)
- Orientar sobre la prevención y control del cáncer de cuello uterino (Pág. 33)
- Iniciar procesos educativos sobre:
 - Cuidados generales de salud.
 - Métodos anticonceptivos. (Pág. 29)
- Si la mujer emplea algún método anticonceptivo y desea embarazarse, recomendar su suspensión o retiro.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES GENERALES PARA LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

Promover	Evitar o desalentar el consumo excesivo de:
<ul style="list-style-type: none">• El consumo de 3 o 4 comidas al día, no dejar de tomar el desayuno• Que coma una variedad de alimentos frescos cada día: Cereales (arroz, quinua, maíz, etc.); frutas de la estación, legumbres, verduras, carne con poca o sin grasa; leche y sus derivados (queso, yogur)• Que coma alimentos ricos en hierro: Carnes rojas, vísceras, hojas verdes, leguminosas (ej. Lentejas, habas, arvejas secas)• Que coma lentamente, masticando bien los alimentos• El consumo de agua segura (potable); 2 litros al día• La preparación de alimentos con sal fluorada y yodada• Consumir alimentos fortificados (harina, leche, aceite, etc.)• El lavado de manos, antes de comer, después de ir al baño y antes de preparar los alimentos• La realización de ejercicios todos los días, al menos durante 30 minutos. Si se quiere perder peso, aumentar el tiempo de ejercicio a más de 60 minutos	<ul style="list-style-type: none">• "Comida rápida" de la calle: hamburguesas, 'salchipapas', papas fritas, etc.• Dulces, golosinas, frituras, pastelería, etc.• Sal• Azúcar• Bebidas dulces (gaseosas, jugos azucarados y saborizados)• Cigarrillos, alcohol y drogas

**UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA MEJORA
LA SALUD, PREVIENE ENFERMEDADES Y
DA UNA SENSACIÓN DE BIENESTAR**

RECOMENDACIONES PARA LA SALUD ORAL

➤ Realizar una consulta regular con el odontólogo o dentista, una o dos veces al año.

ACUDIR CON URGENCIA AL ODONTÓLOGO O DENTISTA EN CASO DE:

- Caries única o múltiple.
- Mal aliento.
- Inflamación o enrojecimiento de las encías.
- Sangrado al cepillar los dientes o morder alimentos duros.
- Pus alrededor de los dientes.
- Movilidad o dolor de alguna pieza dentaria al masticar.
- Traumatismo dental.

➤ Alimentación

- Consumir alimentos que fortalecen los dientes (leche, huevo, pescado, queso, cereales, frutas).
- Reducir el consumo de carbohidratos y azúcares (dulces ya que favorecen la formación de caries y el desarrollo de enfermedad periodontal).
- El café, té, bebidas gaseosas con colorantes y el cigarrillo, tiñen la superficie de los dientes.
- El cigarrillo predispone a la inflamación de las encías.
- Emplear sal con yodo y flúor en la preparación de los alimentos.

RECOMENDACIONES PARA LA SALUD ORAL: TÉCNICA DE CEPILLADO DE LOS DIENTES

- Cepillar los dientes después de las comidas por lo menos 3 veces al día: después de desayunar, después de almorzar y antes de dormir (el cepillado nocturno es el más importante)
- Utilizar un cepillo de cerdas duras (blandas en caso de inflamación gingival)
- Realizar movimientos de barrido en los dientes anteriores y posteriores, cara externa y cara interna así como la cara oclusal de los molares (donde se mastica)
- Cepillar la lengua con movimientos suaves hacia fuera, para eliminar las bacterias que se acumulan y evitar el mal aliento.
- Si no es posible el cepillado de los dientes, enjuagar la boca con agua limpia
- Usar de preferencia pasta dental con flúor, la cantidad apropiada de pasta dental es el equivalente al tamaño de una arveja
- No compartir el cepillo de dientes.
- **Reemplazar el cepillo de dientes cada tres meses**

Uso del hilo dental:

- Usar aproximadamente 50 cm de hilo
- Colocar el hilo dental entre los dientes, siguiendo con cuidado la curva de los mismos
- Desplazar el hilo a medida que se va ensuciando

Empleo de enjuague bucal (después del cepillado de los dientes):

- Emplear un enjuague bucal con **clorhexidina**
- Mantener el enjuague en la boca durante aproximadamente 30 segundos haciendo buchadas para que el enjuague pase por todas las superficies de la boca
- No enjuagar la boca ni consumir alimentos durante, aproximadamente, una hora

NOTA: Algunas presentaciones de enjuague bucal con clorhexidina requieren dilución con agua. Leer la etiqueta del fabricante.

HÁBITOS, USOS Y COSTUMBRES DE VIDA SALUDABLE

<p>Cuidados generales para la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistir, por lo menos, a un control médico anual • Dormir por lo menos 8 horas al día • Realizar actividad física al menos durante 30 minutos cada día (ej. caminar, correr, etc.) • Reemplazar la televisión por otras actividades recreativas, educativas y/o deportivas • Usar bloqueador solar, gorra o sombrero • Evitar ruidos intensos (ej. música muy fuerte) • Consumir alimentos frescos y variados, principalmente frutas y semillas • Consumir 2 litros de agua al día • Reducir el consumo de alimentos grasos, frituras, dulces, pasteles, etc. • Reducir el consumo de azúcar blanca, reemplazarla con miel de abeja o de caña • Evitar el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, medicamentos innecesarios, etc. • Mantener limpios y ordenados los lugares de vivienda, trabajo o estudio 	<p>Prevención de accidentes y/o violencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar situaciones de riesgo de maltrato físico, psicológico o abuso sexual (consumo de alcohol, pertenencia a pandillas, etc.) • Evitar el manejo/uso de armas blancas (objetos cortopunzantes) o de fuego • USAR obligatoriamente, medidas de seguridad en automóviles, buses, bicicletas, motocicletas etc. (ej. cinturón de seguridad, casco, no viajar en asientos delanteros de buses, etc.) • Evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas • Participar con la comunidad en actividades contra la violencia de todo tipo y prevención del tabaquismo, alcoholismo y drogadicción • Utilizar medidas de protección en sus lugares de trabajo. • En lo posible, aprender a nadar
<p>Durante la menstruación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar sus actividades normales: bañarse, hacer deporte y comer normalmente • Es conveniente que emplee una toalla o paño higiénico limpio y que se lo cambie de acuerdo a necesidad 	<p>Salud mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprender a conocerse a sí mismo (valores) • Aprender a valorar sus fortalezas • Explorar nuevos roles y respetar a las personas que le rodean • Recurrir a un profesional de salud de su confianza cuando esté muy triste, frustrada o lo considere necesario • Reflexionar en relación con sus inquietudes religiosas y espirituales, tratar de satisfacerlas • Aprender a reconocer y manejar el estrés • Definir un 'proyecto de vida' (objetivos de la vida, profesión, metas, etc.) de acuerdo a la cultura local

ESQUEMA DE SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO PARA MUJERES ADOLESCENTES O EN EDAD FÉRIL*

Presentación	Dosis recomendada	Duración	Cantidad de tabletas a ser proporcionadas
Tabletas de sulfato ferroso y ácido fólico (60 mg de hierro elemental + 400 µg de ácido fólico + 50 mg de ácido ascórbico)	1 tableta diaria	3 meses al año	90

*NOTA: Este esquema también se aplica en los casos de anemia no severa.
Luego del tratamiento de 3 meses, debe evaluarse a la mujer. Si persiste la anemia, considerar referir a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

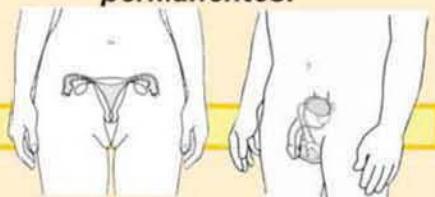
ESQUEMA DE INMUNIZACIONES PARA LA MUJER (PAI 2011)

VACUNA	Enfermedad que previene	Edad de administración	Dosis
DT (vía intramuscular)	Difteria, tétanos neonatal y tétanos del adulto	10 a 49 años (hombres y mujeres)	1 ^a dosis: Al primer contacto 2 ^a dosis: Al mes 3 ^a dosis: A los 6 meses 4 ^a dosis: Al año 5 ^a dosis: Al año

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

**Los más efectivos
y no hay nada adicional que
recordar**

**Menos efectos
secundarios y son
permanentes:**



Esterilización
Femenina

Vasectomía

Más efectos secundarios:



Gynefix

Mirena

Nuvaring

**Muy efectivos
pero deben
usarse con cuidado**

Menos efectos secundarios:



MELA

Más efectos secundarios:



Anticoncepción de
emergencia

**Efectivos
pero deben
usarse con cuidado**

Menos efectos secundarios:

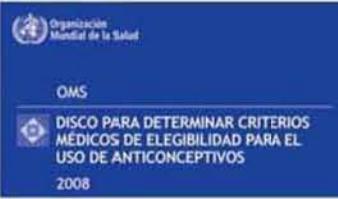


El condón
masculino y
femenino



Métodos
vaginales
Métodos
basados en el
conocimiento
de la fertilidad

¡IMPORTANTE!
*El condón es el único método que
protege contra el embarazo, las ITS
y el VIH/SIDA*



ORIENTACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN

METODO	¿EN QUE CONSISTE?	¿COMO FUNCIONA?	¿COMO SE USA?	OBSERVACIONES
MELA (Método Lactancia – amenorrea)	Durante la lactancia la mujer no ovula, por lo tanto no se embaraza	<ul style="list-style-type: none"> • Solo si no hay menstruación • Solo si existe lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses post parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer seno materno por lo menos 10 veces en 24 horas, de día y de noche, inmediatamente después del parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe cumplir los dos requisitos de cómo funciona • No protege contra ITS/SIDA
RITMO CALENDARIO	Consiste en NO tener relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • La mujer debe tener ciclos regulares (cada 26 a 32 días) • La mujer debe registrar los ciclos durante los últimos 6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar los últimos 6 meses antes de usarlo. • Al ciclo más corto restarle 18 • Al ciclo más largo restarle 11 • Ej. Ciclo más corto 25 días – 18 = 7 • Ciclo más largo 30 días – 11 = 19 • Significa que la adolescente NO debe tener relaciones sexuales entre el 7º y 19º días de su ciclo 	<ul style="list-style-type: none"> • No se recomienda en adolescencia temprana en que los ciclos son irregulares, por ejemplo durante la lactancia • No protege contra ITS/SIDA • Alto riesgo de fracaso
CONDON O PRESERVATIVO MASCULINO	Bolsita o funda que se coloca en el pene erecto antes de una relación sexual	<ul style="list-style-type: none"> • El condón cubre el pene durante la relación sexual, el semen eyaculado queda dentro del condón • Evita contacto entre el pene-vagina y sus fluidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Abrir el paquete cuidadosamente • Desenrollar todo el condón hasta la base del pene erecto antes del contacto genital • Después del coito, extraer el pene de la vagina cuando todavía esté erecto y sostener el condón 	<ul style="list-style-type: none"> • NO USAR SI SE OBSERVA: Envoltura dañada o rasgada, fecha fabricación mayor a 5 años, está decolorado reseco o muy pegajoso • Es el único método que protege de embarazos no deseados, ITS, VIH/SIDA; sin embargo esta protección no es del 100% • Es un buen método para la anticoncepción postparto o postabortion • Se debe desechar inmediatamente después de usarlo.
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU): DIU CON COBRE Y DIU LIBERADOR DE LEVONORGESTREL	Dispositivo que se coloca dentro del útero de la mujer no embarazada, en un servicio de salud por médico entrenado	<ul style="list-style-type: none"> • DIU con cobre: provoca una modificación química que daña al esperma y al óvulo antes de su unión • DIU liberador de levonorgestrel: Evita la proliferación del revestimiento del útero (endometrio) 	<ul style="list-style-type: none"> • El médico debe verificar su correcta colocación 	<ul style="list-style-type: none"> • Contraindicaciones <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo o sospecha de embarazo - Anormalidades uterinas - Historia de Enfermedad Inflamatoria Pélvica - Papanicolaou anormal-Sangrados genitales anormales - Infecciones genitales • No protege contra ITS / SIDA • Contraindicado en úteros con menos de 6 cms (frecuente en adolescentes y nulíparas) • El DIU con cobre puede ser colocado después del parto • No se recomienda DIU liberador de levonorgestrel durante la lactancia materna • Puede dar una protección por 10 años

METODO	¿EN QUE CONSISTE?	¿COMO FUNCIONA?	¿COMO SE USA?	OBSERVACIONES
PÍLDORA ANTICONCEPTIVA	<p>Es una pastilla que toma la mujer diariamente durante el tiempo que desee evitar el embarazo.</p> <p>La mujer debe pasar por una evaluación previa por un profesional de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Evitan liberación del óvulo del ovario (ovulación) Provoca cambios en el moco cervical dificultando la entrada de los espermatozoides 	<p>Paquetes de 28 pastillas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comenzar en los primeros 5 días de la regla una pastilla diaria a la misma hora. Cuando toquen las marrones ya debe haber venido la regla. Se acaban las marrones y se comienza a tomar otro paquete de pastillas. (tienen hierro) <p>Paquetes de 21 pastillas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comenzar a tomar el primer día de la regla, diario a la misma hora hasta acabar Iniciar un nuevo paquete, siete días después. 	<ul style="list-style-type: none"> Si se olvida por 2 días, tomar una en la mañana y otra en la noche por 2 días seguidos, continuar con el resto de la manera normal y usar además condón o tabletas vaginales hasta la próxima menstruación Contraindicado en problemas de hígado, vesícula, corazón, problemas vasculares, diabetes, migraña, presión alta, cáncer de mama o endometriosis. Contraindicación absoluta durante la lactancia Puede provocar sangrado vaginal entre períodos menstruales, náuseas, dolor de cabeza leve, sensibilidad anormal en los senos. Se recomienda realizar Papanicolaou Realizar auto examen de mama periódicamente Este método no protege contra ITS / SIDA
INYECTABLES (Depo-Provera y Norísterat), o un mes (Mesygina, Ciclofém y Deladroxato)	<p>Hormonas inyectables: (progesterona puro o progesterona y estrógeno)</p> <p>No existe contraindicación para su uso dos años después de la menarquia (primera regla).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Impiden la ovulación Impide la fecundación. Obstaculiza la penetración de los espermatozoides 	<ul style="list-style-type: none"> Vía intramuscular Se puede comenzar en cualquier momento si NO ESTÁ EMBARAZADA. Los inyectables mensuales se colocan entre 23 y 33 días después de la inyección anterior. El periodo menstrual se normaliza entre 2 y 6 meses después de suspendido el anticonceptivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Cambios en el sangrado menstrual, goteo o sangrado leve entre períodos, o amenorrea. Puede ocasionar dolores de cabeza, aumento de sensibilidad en las mamas, cambios de humor, náuseas, disminución del deseo sexual y/o acné. No es recomendable en caso de hipertensión, enfermedades al corazón, hígado, o hemorragias ginecológicas sin explicación Dan protección por 3 meses
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	Previene el embarazo hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.	<ul style="list-style-type: none"> Impide la ovulación Obstaculiza la penetración de los espermatozoides 	<ul style="list-style-type: none"> No deben transcurrir más de 3 días después del coito sin protección Tomar los 2 comprimidos juntos 	<ul style="list-style-type: none"> Mareos, náuseas y/o vómitos, dolor abdominal, fatiga, dolor de cabeza, sensibilidad en los pechos y sangrado vaginal irregular. Recomendable en caso de violación Este método no protege contra ITS / SIDA

NOTA: Los métodos anticonceptivos deben estar disponibles para los y las adolescentes en hospitales, servicios de salud, farmacias y consultorios de las instituciones que trabajan en la mejora de la salud sexual y reproductiva

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE MAMA

AUTOEXAMEN DE MAMAS

Debe realizarse cada mes, unos 7 a 10 días luego de iniciada la regla. Enseñe la siguiente técnica:

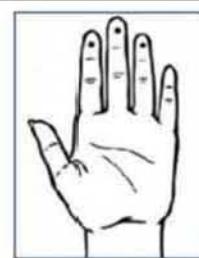
PASO 1

- Acuéstese y coloque el brazo derecho detrás de la cabeza. El examen se realiza mientras está acostada y no de pie
- Esto se debe a que cuando se está acostada el tejido del seno se extiende uniformemente sobre la pared torácica, haciendo que el tejido esté lo más delgado posible. Esto permite que se pueda palpar todo el tejido del seno con mayor facilidad



PASO 2

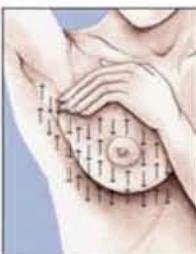
- Utilice las yemas de los tres dedos del medio de la mano izquierda, para palpar cualquier masa, bullo o protuberancia del seno derecho
- Emplee movimientos circulares contiguos, del tamaño de una moneda de diez centavos, para palpar el tejido del seno
- Use tres niveles de presión diferentes para palpar todo el tejido del seno. La presión leve es necesaria para palpar el tejido que está más cercano a la pie; la presión moderada servirá para palpar un poco más profundo, y la presión firme para palpar el tejido más cercano al tórax y a las costillas



Emplee cada nivel de presión para palpar todo el seno antes de pasar a la próxima área.

PASO 3

- Mueva las yemas de sus dedos de arriba hacia abajo, comenzando con una línea vertical imaginaria dibujada en su costado, palpe desde la axila y hasta el medio del esternón. Asegúrese de examinar toda el área del seno yendo hacia abajo hasta donde usted siente sólo las costillas y hacia arriba hasta llegar al cuello o a la clavícula
- Repita el examen con el seno izquierdo, empleando las yemas de los dedos de la mano derecha



PASO 4

- Mientras esté de pie frente a un espejo, con sus manos presionando hacia abajo firmemente sus caderas, observe sus senos para detectar cualquier cambio en tamaño, forma, contorno, hundimientos o enrojecimiento de los pezones o de la piel de los senos
- Cuando se hace presión hacia abajo a las caderas, los músculos de la pared torácica se contraen y esto hace que sobresalga cualquier cambio en los senos



PASO 5

- Examine cada axila mientras esté sentada o parada y con su brazo ligeramente levantado para que usted pueda palpar esa área con facilidad. Si levanta el brazo completamente, el tejido estará rígido en esa área, lo que hará más difícil examinarla

ANTE CUALQUIER HALLAZGO ANORMAL DEBE ACUDIR AL HOSPITAL

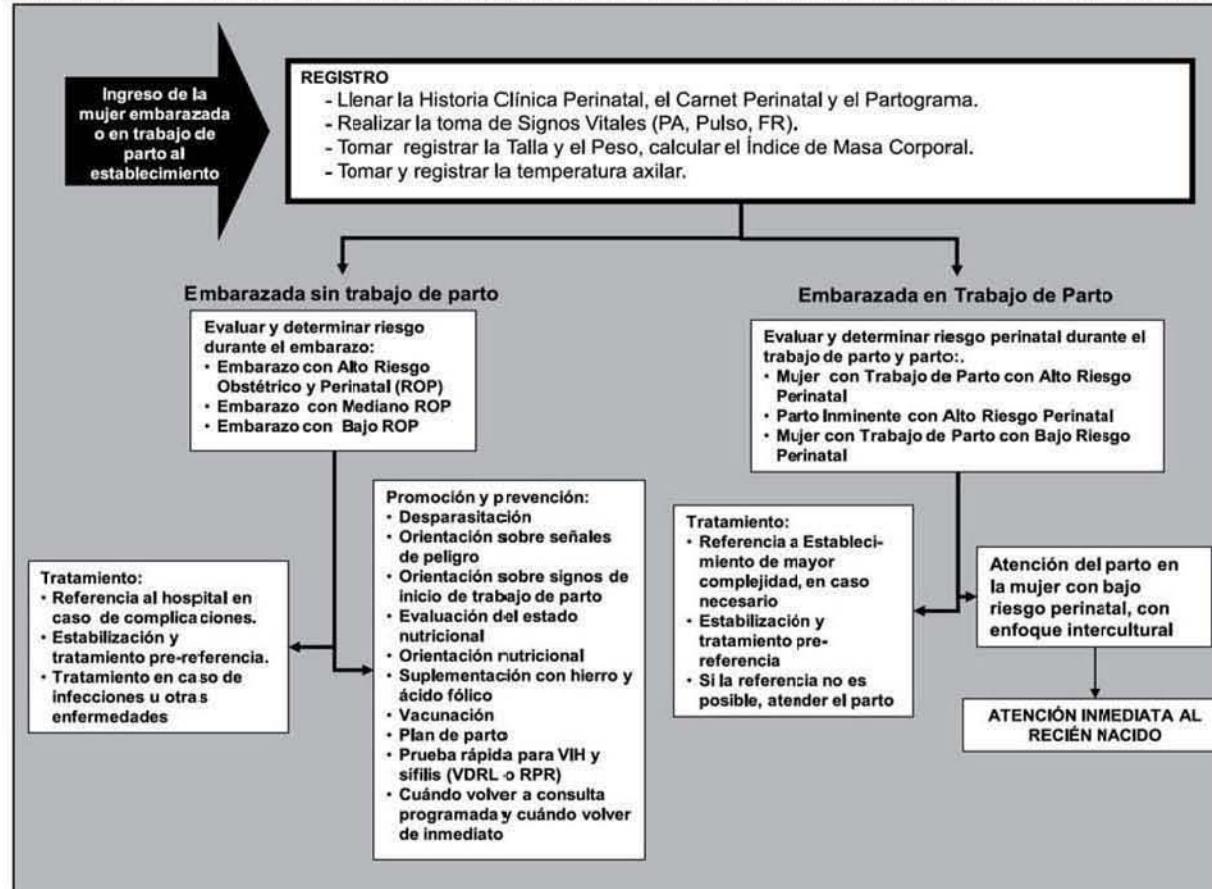
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none">- Multiparidad.- Infecciones de transmisión sexual (ITS) (especialmente las vinculadas a las variedades 16 y 18 del virus del papiloma humano (VPH).- Tabaquismo activo y/o pasivo.- Múltiples compañeros sexuales, compañero sexual con muchas compañeras sexuales.- Inicio temprano de las relaciones sexuales.- Lesiones precursoras del cáncer de cuello (displasias o lesiones escamosas intraepiteliales).	<ul style="list-style-type: none">• Prevención primaria:<ul style="list-style-type: none">- Disminuir la exposición al virus del papiloma humano (VPH) mediante educación- Cambiar conductas sexuales de riesgo y promover estilos de vida saludables- Vacuna contra las cepas 16 y 18 del VPH• Prevención secundaria:<ul style="list-style-type: none">- Papanicolaou- Inspección del cuello uterino con lugol (solución yodo-yodurada).- Inspección visual del cuello uterino con ácido acético (IVAA).
--	--

Ante reporte de lesión preneoplásica sospechosa (PAP positivo), referir a hospital para confirmación diagnóstica, la cual será realizada mediante colposcopia o biopsia dirigida

Según protocolo, ante lesión acetoblanca (IVAA) en cérvix, se deberá realizar crioterapia, en establecimientos de salud con capacidad resolutiva y competencia técnica (técnica de “ver y tratar”)

EMBARAZO Y PARTO: FLUJOGRAMA DE ATENCION DE LA MUJER EMBARAZADA



EMBARAZO Y PARTO

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 9: EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO – MUJER SIN TRABAJO DE PARTO

Completar la Historia Clínica Perinatal (Encabezado, Antecedentes y Gestación Actual)		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
PREGUNTAR	DETERMINAR, OBSERVAR			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha tenido algún control prenatal? ¿Cuántas veces? • ¿Ha tenido hijos con alguna malformación congénita? • ¿percibe movimientos fetales? (a partir de las 30 semanas de gestación) • ¿Ha tenido fiebre? • ¿Le han dado algún medicamento? ¿Cuál? • ¿Le ha salido sangre por vagina? • ¿Ha tenido dolor en la parte superior del abdomen? ¿Muy intenso? • ¿Le ha salido líquido por la vagina? ¿De qué color? • ¿Ha tenido flujo? • ¿Ha tenido dolor de cabeza severo, visión borrosa o convulsiones? • ¿Ha perdido la conciencia? • ¿Fuma, bebe o consume drogas? 	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha probable de parto • Edad gestacional • Peso y Talla • Índice de Masa Corporal durante el embarazo (IMC) (Pág. 40) • Presión arterial. • Temperatura • Altura del Fondo Uterino (AFU) • Frecuencia cardiaca fetal • Presentación • Embarazo múltiple • Si tiene cesárea anterior y/o cirugía previa en útero • Si tiene palidez palmar intensa • Si hay hinchazón en cara, manos y/o piernas. • Si tiene o ha tenido hemorragia vaginal. • Signos de enfermedad sistémica y/o de transmisión sexual. • Revisar la cavidad oral para observar presencia de inflamación de encías o dientes móviles (gingivitis, periodontitis) 	<p>Uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial previa • Hipertensión inducida por el embarazo/Preeclampsia severa (Dolor de cabeza intenso, dolor intenso en epigastrio o hipocondrio derecho, visión borrosa) • Proteinuria +++ • Eclampsia (convulsiones, pérdida de conciencia) • Fiebre • Infección urinaria (ITU) con fiebre. • Amenaza de parto pretermino (edad gestacional menor a 37 semanas). • Retardo de crecimiento intrauterino • Rotura prematura de membranas (salida de líquido por la vagina). • Palidez palmar severa y/o anemia severa • Hemorragia genital • Embarazo mayor de 41 semanas. • Disminución o ausencia de movimientos fetales. • Cambios en la frecuencia cardíaca fetal (menos de 120 o más de 160 latidos fetales por min.) • Diabetes no controlada (glicemias mayor a 105 mg/dl). • Otra condición grave: Cardiopatía, nefropatía, otros. <p>Uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor de 15 años o mayor de 35 años. <p>ANTECEDENTES DE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis • Diabetes • Hipertensión arterial • Preeclampsia/eclampsia • Otra condición médica grave • Infección por VIH: PVVS o Western Blot (+) • Sifilis (+) • Cardiopatía / Nefropatía • Violencia • Primigesta o gran multipara • Embarazo múltiple • Hijos con bajo peso, prematuridad, o malformación congénita • Abortos, muerte fetal o neonatal temprana • Cesárea previa/iterativa • Periodo entre embarazos menor a 3 años o mayor a 5 años 	EMBARAZO CON ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital, preferiblemente acostada del lado izquierdo ➢ Si existe hipertensión iniciar tratamiento (Pág. 68) ➢ Si existe hemorragia genital aplicar el Cuadro de Procedimientos 10 para recomendaciones específicas ➢ Si presenta RPM y fiebre, administrar la primera dosis de un antibiótico (Pág. 67) ➢ Administrar oxígeno, de acuerdo a disponibilidad. ➢ Llenar el formulario de Referencia (Pág. 66)
			EMBARAZO CON MEDIANO RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Referir al hospital ➢ Si es embarazo múltiple: referir antes de las 30 semanas de gestación ➢ Enseñar señales de peligro durante el embarazo y señales de trabajo de parto (Pág. 64) ➢ Si RPR, VDRL o Prueba rápida para sifilis son reactivas, iniciar tratamiento con penicilina benzatínica 2,4 millones UIM 1 dosis ➢ Administrar hierro y ácido fólico (Pág. 42) ➢ Administrar vacunas TT y una dosis de refuerzo DT en la 2da mitad del embarazo ➢ En zonas de alta prevalencia de parásitos, administrar mebendazol o albendazol (Pág. 42) ➢ Brindar asesoría para evitar ITS, VIH/SIDA (Pág. 20) ➢ Dar orientación en nutrición y cuidados durante el embarazo (Pág. 38) ➢ Orientar a la familia y llenar el Plan de Parto y Nacimiento

Alteraciones de la presión arterial:

Es hipertensión arterial en el embarazo cuando:

- La presión diastólica es igual o mayor a 90 mmHg. O:
- La presión diastólica tiene una variación mayor a 15 mmHg con relación a la toma anterior normal.

Es hipotensión arterial cuando:

La presión sistólica es menor a 90 mmHg y el pulso es mayor a 110 latidos por minuto.

Anemia, según valores de Hemoglobina por piso ecológico:

Metros sobre el nivel del mar	Moderada (g/dl)	Severa (g/dl)
A nivel del mar	8,0 - 11,0	< a 8,0
a 2.700 m	9,4 - 12,6	< a 9,4
a 3.800 m	11,0 - 14,0	< a 11,0
a 4.000 m	11,4 - 14,4	< a 11,4
a 4.500 m	12,4 - 15,4	< a 12,4

Fuente: NBS/MSPS-02/2000

RECUERDE QUE TODO EMBARAZO IMPLICA RIESGO

UNA MUJER QUE NO PRESENTA NINGUN FACTOR DE RIESGO PUEDE COMPLICARSE EN CUALQUIER MOMENTO DEL EMBARAZO, DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO

EMBARAZO ACTUAL

- Edad gestacional de 41 semanas
- IMC en zona roja (E) o naranja (O)
- E.G. no confiable
- Fumadora activa / pasiva
- Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción
- Caries, gingivitis y/o periodontitis
- Examen de mamas anormal
- Embarazada Rh negativa y/o inmunizada (Coombs indirecto).
- Toxoplasmosis: IgG (+), IgM (+)
- VDRL / RPR reactivo ($> 1:8$) o Prueba Rápida (+)
- Prueba rápida para VIH reactiva.
- Prueba ELISA para Chagas (+)
- Gota gruesa para malaria (+)
- Infección urinaria y bacteriuria asintomática.
- Glicemia en ayunas ≥ 105 mg/dl
- Altura Uterina (AFU) no correlacionada con edad gestacional
- Palidez de piel y mucosas y/o Anemia moderada
- Situación/presentación fetal anómala
- Flujo genital fétido
- Preeclampsia no severa
- Proteinuria (+ ó ++)
- Proteinuria en orina de 24 horas < 3 gramos

- No presenta ninguna de las señales anteriores.

Seguros. (Pág. 64, 65)

- Programar la reconsulta.
- Llenar la Historia Clínica Perinatal y el Carnet Perinatal. (Pág. 45, 65)
- Orientación sobre:
 - Cuidados generales de salud
 - Métodos anticonceptivos (Pág. 29)
 - Orientar y enseñar la posición correcta y el buen agarre para la lactancia (Pág. 86)
 - Importancia de realizar control prenatal

EMBARAZO CON BAJO RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL

- Enseñar señales de peligro del embarazo y de trabajo de parto (Pág. 64)
- Administrar hierro y ácido fólico (Pág. 42)
- Administrar una dosis de refuerzo DT en la segunda mitad del embarazo.
- En zonas de alta prevalencia de parasitosis, administrar mebendazol o albendazol. (Pág. 42)
- Brindar asesoría para evitar ITS, VIH/SIDA: Uso de condón (Pág. 20)
- Dar orientación en nutrición, cuidados del embarazo y lactancia materna. (Pág. 20, 85)
- Llenar el Plan de Parto y Nacimiento Seguros (Pág. 64, 65)
- Programar la reconsulta.
- Orientación sobre:
 - Cuidados generales de salud
 - Métodos anticonceptivos (Pág. 29)
 - Orientar y enseñar la posición correcta y el buen agarre para la lactancia (Pág. 86)
 - Importancia de realizar control prenatal

PRÁCTICAS Y TECNOLOGÍAS APROPIADAS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL

(Copia de: Resolución Ministerial N° 0496; 09 de octubre de 2001)

En el control prenatal:

1. Llenar la Historia clínica perinatal.
2. Llenar el Carnet perinatal.
3. Elaborar con la gestante y su familia el Formulario «Planeando mi parto».
4. Detectar proteinuria con la técnica del ácido acético / tira reactiva o EGO.

En la atención del trabajo de parto, promover:

5. Ambulación y cambio de posición.
6. Presencia de un familiar o allegado como apoyo emocional.
7. Ingestión de líquidos.
8. La eliminación de la práctica del enema y rasurado del vello pubiano.
9. El Partograma de la OMS modificado.

En la atención del parto:

10. Restringir el uso de la episiotomía.
11. Realizar el manejo activo de la tercera etapa del parto (alumbramiento activo)
 - Oxitocina 10 UI IM luego del parto.
 - Ligadura tardía del cordón umbilical.
 - Tracción controlada del cordón umbilical.
 - Masaje uterino.
12. Devolver la placenta (ofrecer).

En la atención al recién nacido:

13. Atención inmediata
14. Preservar el calor corporal del bebé

En la relación del servicio con las embarazadas y familiares:

15. Referencia efectiva.
16. Promoción de las prestaciones.
17. Atención de denuncias.
18. Proporcionar información sanitaria.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA LA MUJER EMBARAZADA



MENSAJES

1. Consuma diariamente una alimentación variada, que incluya alimentos de todos los grupos, aumentando la cantidad de verduras y frutas
2. Aumente el consumo de leche y productos lácteos
3. Consuma por lo menos 3 veces a la semana alimentos de origen animal, fuentes de hierro: carnes y vísceras
4. Prefiera aceites vegetales y evite las grasas de origen animal, grasas y aceites recalentados
5. Use siempre sal yodada en las comidas sin exageración
6. Consuma diariamente de 6 a 8 vasos de agua complementarios a las comidas
7. Evite el consumo exagerado de azúcar, dulces, bebidas gaseosas y alcohólicas
8. Reduzca el consumo de té y café y reemplácelos por jugos de frutas y apis
9. Realice diariamente actividad física, por lo menos 30 minutos (caminata, deportes y otros)
10. Lávese las manos antes de preparar y comer los alimentos

MSD, Bolivia. Guías alimentarias de la mujer durante el periodo de embarazo y lactancia.
Publicación Nº 160, 2010.

RECORDAR CÓMO TENER UNA BUENA COMUNICACIÓN:

PREGUNTAR – ESCUCHAR – ORIENTAR Y
VERIFICAR LA COMPRENSIÓN DEL MENSAJE

**LA BASE DE UNA BUENA COMUNICACIÓN ES EL RESPETO A LA PERSONA,
SUS USOS Y COSTUMBRES**



Ministerio de Salud
y Deportes

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Según Talla en metros y Peso en Kilogramos

Talla (mts)	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1.50	41	43	45	47	50	52	54	56	59	61	63	65	68	70	72	74	77	79	81	83	86	88	90	92	95	97	99	101
1.52	42	44	46	49	51	53	55	58	60	62	65	67	69	72	74	76	79	81	83	85	88	90	92	95	97	99	102	104
1.54	43	45	47	50	52	55	57	59	62	64	66	69	71	74	76	78	81	83	85	88	90	92	95	97	100	102	104	107
1.56	44	46	49	51	54	56	58	61	63	66	68	71	73	75	78	80	83	85	88	90	92	95	97	100	102	105	107	110
1.58	45	47	50	52	55	57	60	62	65	67	70	72	75	77	80	82	85	87	90	92	95	97	100	102	105	107	110	112
1.60	46	49	51	54	56	59	61	64	67	69	72	74	77	79	82	84	87	90	92	95	97	100	102	105	108	110	113	115
1.62	47	50	52	55	58	60	63	66	68	71	73	76	79	81	84	87	89	92	94	97	100	102	105	108	110	113	115	118
1.64	48	51	54	56	59	62	65	67	70	73	75	78	81	83	86	89	91	94	97	100	102	105	108	110	113	116	118	121
1.66	50	52	55	58	61	63	66	69	72	74	77	80	83	85	88	91	94	96	99	102	105	107	110	113	116	118	121	124
1.68	51	54	56	59	62	65	68	71	73	76	79	82	85	87	90	93	96	99	102	104	107	110	113	116	119	121	124	127
1.70	52	55	58	61	64	66	69	72	75	78	81	84	87	90	92	95	98	101	104	107	110	113	116	118	121	124	127	130
1.72	53	56	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	92	95	98	101	104	107	109	112	115	118	121	124	127	130	133
1.74	54	58	61	64	67	70	73	76	79	82	85	88	91	94	97	100	103	106	109	112	115	118	121	124	127	130	133	136
1.76	56	59	62	65	68	71	74	77	81	84	87	90	92	95	98	101	104	107	110	113	116	118	121	124	127	130	133	139
1.78	57	60	63	67	70	73	76	79	82	86	89	92	95	98	101	105	108	111	114	117	120	124	127	130	133	136	139	143
1.80	58	62	65	68	71	75	78	81	84	87	91	94	97	100	104	107	110	113	117	120	123	126	130	133	136	139	143	146
1.82	60	63	66	70	73	76	79	83	86	89	93	96	99	103	106	109	113	116	119	123	126	129	132	136	139	142	146	148
1.84	61	64	68	71	74	78	81	85	88	91	95	98	102	105	108	112	115	118	122	125	129	132	135	139	142	146	149	152
1.86	62	66	69	73	76	80	83	86	90	93	97	100	104	107	111	114	118	121	125	128	131	135	138	142	145	149	152	156
1.88	64	67	71	74	78	81	85	88	92	95	99	102	106	110	113	117	120	124	127	131	134	138	141	145	148	152	156	159
1.90	65	69	72	76	79	83	87	90	94	97	101	105	108	112	116	119	123	126	130	134	137	141	144	148	152	155	159	162
1.92	66	70	74	77	81	85	88	92	96	100	103	107	111	114	118	122	125	129	133	136	140	144	147	151	155	159	162	166
1.94	68	72	75	79	83	87	90	94	98	102	105	109	113	117	120	124	128	132	135	139	143	147	151	154	158	162	166	169
1.96	69	73	77	81	85	88	92	96	100	104	108	111	115	119	123	127	131	134	138	142	146	150	154	158	161	165	169	173
1.98	71	74	78	82	86	90	94	98	102	106	110	114	118	122	125	129	133	137	141	145	149	153	157	161	165	169	172	176
2.00	72	76	80	84	88	92	96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180
IMC =	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45

Estándares antropométricos para evaluar el estado nutritivo M. Gladys Barrera A. 2004 INTA - Chile

Bajo Peso	IMC < 19	Obesidad Gr. 1	IMC 30 - 34
Normal	IMC 19 - 25	Obesidad Gr. 2	IMC 35 - 40
Sobre Peso	IMC 26 - 29	Obesidad Gr. 3	IMC > 40

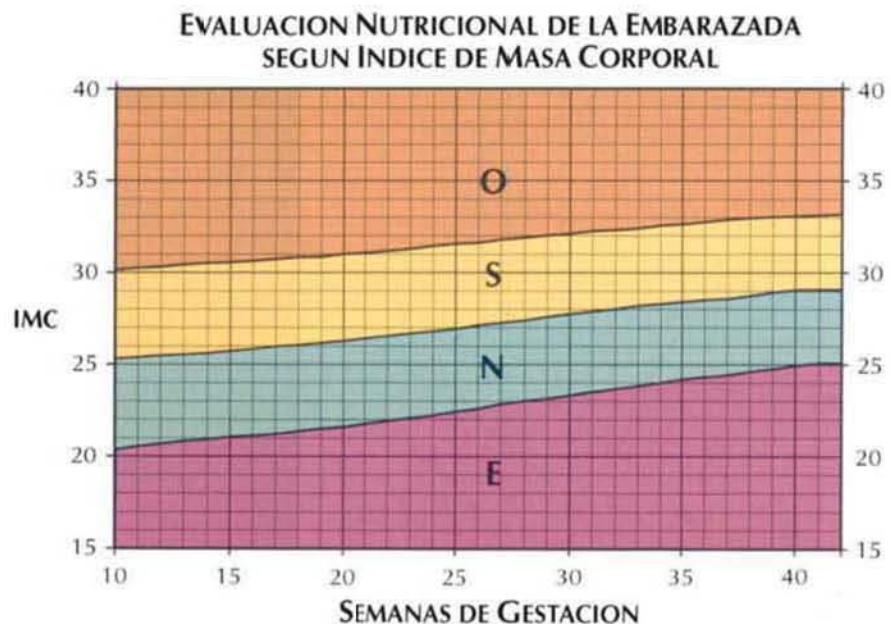
La Tabla de Índice de Masa Corporal:

- La primera Columna vertical hacia la izquierda representa la talla o estatura en metros, y va de 1,50 a 2,00 metros.
- Las cifras que llenan el espacio principal de la tabla, en la zona de diferentes colores, corresponden a Kilogramos de peso, entre 41 y 180 Kg.
- La primera y la última fila horizontal de la tabla representan valores de IMC entre 18 y 45 (ambas filas son iguales).

Determinar su IMC es muy fácil

1. En la columna de la izquierda de la Tabla, identifique la talla que más se aproxima a la suya
2. Partiendo de la talla seleccionada, siga la fila correspondiente hacia el centro de la tabla hasta llegar al peso incluido en la tabla que sea el suyo, o que más se aproxime al suyo.
3. Su IMC corresponde a aquel situado en los extremos superiores o inferior (son iguales) de la columna que contiene el peso seleccionado.

Clasificación del estado nutricional de la embarazada según índice de masa corporal y edad gestacional



Alvarez F, Castillo C, Casay R, Mallo A. Propuesta de un nuevo criterio de evaluación nutricional en embarazadas. Rev Med Chil. 1997; 125: 1479-86.

REFERENCIA:

- O = Obesidad
- S = Sobrepeso
- N = Nutrición normal
- E = Enflaquecida, desnutrida

Formula para el cálculo del IMC:

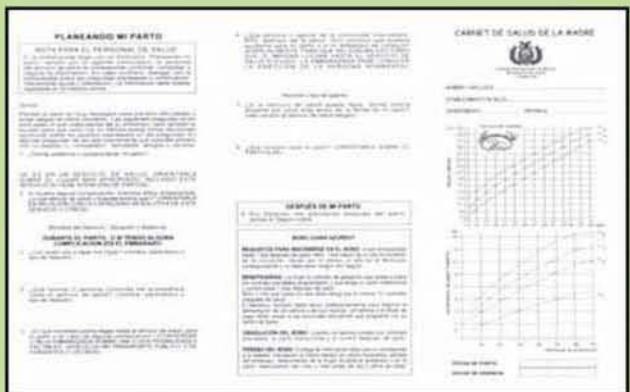
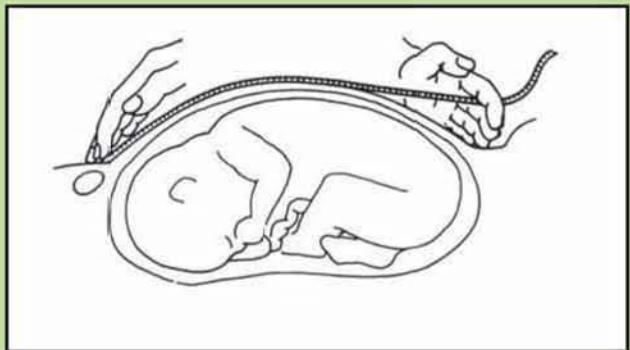
$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 (\text{m})}$$

La medición del IMC es más sensible si se realiza antes del embarazo o en las primeras semanas. El IMC menor de 20 se asocia con desnutrición.

Semanas Gestacion	Bajo peso kg/talla ²	Normal kg/talla ²	Sobrepeso kg/talla ²	Obesidad kg/talla ²
6	< 20,0	20,0 - 24,9	25,0 - 30,0	> 30,0
7	< 20,1	20,1 - 24,9	25,0 - 30,0	> 30,0
8	< 20,2	20,2 - 25,0	25,1 - 30,1	> 30,1
9	< 20,2	20,2 - 25,1	25,2 - 30,2	> 30,2
10	< 20,3	20,3 - 25,2	25,3 - 30,2	> 30,2
11	< 20,4	20,4 - 25,3	25,4 - 30,3	> 30,3
12	< 20,5	20,5 - 25,4	25,5 - 30,3	> 30,3
13	< 20,7	20,7 - 25,6	25,7 - 30,4	> 30,4
14	< 20,8	20,8 - 25,7	25,8 - 30,5	> 30,5
15	< 20,9	20,9 - 25,8	25,9 - 30,6	> 30,6
16	< 21,1	21,1 - 25,9	26,0 - 30,7	> 30,7
17	< 21,2	21,2 - 26,0	26,1 - 30,8	> 30,8
18	< 21,3	21,3 - 26,1	26,2 - 30,9	> 30,9
19	< 21,5	21,5 - 26,2	26,3 - 30,9	> 30,9
20	< 21,6	21,6 - 26,3	26,4 - 31,0	> 31,0
21	< 21,8	21,8 - 26,4	26,5 - 31,1	> 31,1
22	< 21,9	21,9 - 26,6	26,7 - 31,2	> 31,2
23	< 22,1	22,1 - 26,7	26,8 - 31,3	> 31,3
24	< 22,3	22,3 - 26,9	27,0 - 31,5	> 31,5
25	< 22,5	22,5 - 27,0	27,1 - 31,6	> 31,6
26	< 22,7	22,7 - 27,2	27,2 - 31,7	> 31,7
27	< 22,8	22,8 - 27,3	27,4 - 31,8	> 31,8
28	< 23,0	23,0 - 27,5	27,6 - 31,9	> 31,9
29	< 23,2	23,2 - 27,6	27,7 - 32,0	> 32,0
30	< 23,4	23,4 - 27,8	27,9 - 32,1	> 32,1
31	< 23,5	23,5 - 27,9	28,0 - 32,2	> 32,2
32	< 23,7	23,7 - 28,0	28,1 - 32,3	> 32,3
33	< 23,9	23,9 - 28,1	28,2 - 32,4	> 32,4
34	< 24,0	24,0 - 28,3	28,4 - 32,5	> 32,5
35	< 24,2	24,2 - 28,4	28,5 - 32,6	> 32,6
36	< 24,3	24,3 - 28,5	28,6 - 32,7	> 32,7
37	< 24,5	24,5 - 28,7	28,8 - 32,8	> 32,8
38	< 24,6	24,6 - 28,8	28,9 - 32,9	> 32,9
39	< 24,8	24,8 - 28,9	29,0 - 33,0	> 33,0
40	< 25,0	25,0 - 29,1	29,2 - 33,1	> 33,1
41	< 25,1	25,1 - 29,2	29,3 - 33,2	> 33,2
42	< 25,1	25,1 - 29,2	29,3 - 33,2	> 33,2

Intervenciones requeridas durante el control prenatal

Control de la altura uterina y el incremento de peso en la gestante



La medición de la altura uterina (AFU) con una cinta métrica, desde el pubis al fondo uterino determinado por palpación, nos permite evaluar el crecimiento fetal. Dicho valor se traslada a la gráfica del carnet perinatal. Los límites normales están entre los percentiles 10 y 90.

La medición de la altura uterina, cuando se tienen datos confiables de amenorrea y descartando muerte fetal y/o oligoamnios, permite diagnosticar un retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) con una sensibilidad de 56% y una especificidad de 91%.

La sensibilidad de la altura uterina para el diagnóstico de la macrosomía fetal es del 92% y la especificidad de 72%, una vez excluido el embarazo gemelar, el polihidramnios y la miomatosis uterina.

El aumento excesivo de peso materno predispone a la macrosomía fetal y el escaso incremento se asocia con retardo de crecimiento intrauterino.

- Si algún valor es mayor al percentil 90 de su patrón respectivo, debe sospecharse exceso de ingesta, diabetes mellitus o retención hídrica.
- Se sospechará subnutrición materna cuando el incremento de peso, sea menor que el percentil 25, o el peso para la talla sea menor que el percentil 10 de sus respectivos patrones.

En los casos con sospecha clínica de RCIU, una vez excluidos los casos de oligoamnios, de error de amenorrea, se deberá referir al hospital, para confirmar el diagnóstico por ecografía.

**SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO Y ACIDO FÓLICO DURANTE EL EMBARAZO Y DESPUÉS DEL PARTO Y
VITAMINA A DESPUES DEL PARTO**

Dosis	Presentación	Duración	Cantidad de tabletas a proporcionarse
60 mg de hierro elemental + 400 µg de ácido fólico + 50 mg de ácido ascórbico Dosis diaria	Tabletas (sulfato de hierro más ácido fólico)	Durante el embarazo: 1 tableta diaria durante 3 meses Después del parto: 1 tableta diaria durante 3 meses	90 tabletas
Vitamina A 200,000 UI	Perlas (rojas)	Dosis única	1 Perla

USO DE ANTIPARASITARIOS (ANTIHELMÍNTICOS) EN EL EMBARAZO

Parásito	Prevalencia de la infestación/infección	Recomendaciones para el tratamiento	Medidas de prevención
Uncinarias	Endémica (20-30%)	<ul style="list-style-type: none">Tratamiento antihelmíntico en el Segundo trimestre del embarazo.El tratamiento de dosis única (DU), incluye:<ul style="list-style-type: none">Mebendazol: 500 mg DU o 100 mg dos veces al día por 3 díasAlbendazol 400 mg dosis únicaSe debe evitar el tratamiento durante el primer trimestre de embarazo	<ul style="list-style-type: none">Empleo de agua segura y disponibilidad de saneamiento básico
	Altamente endémica (> 50%)	<ul style="list-style-type: none">Igual que el tratamiento para áreas endémicas, más una dosis adicional en el tercer trimestre del embarazoSe debe evitar el tratamiento durante el primer trimestre de embarazo	

Intervenciones requeridas durante el control prenatal

Situación	Conducta
Detección de proteinuria	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la detección mediante una tira reactiva. • Si no se dispone de tiras reactivas, se puede calentar una muestra de orina hasta que hierva en un tubo de ensayo limpio. Agregue cinco gotas de ácido acético al 4% (vinagre) para verificar la presencia de precipitados persistentes, que pueden cuantificarse como un porcentaje de proteína respecto al volumen total de la muestra. Las muestras de orina pueden estar contaminadas por secreciones vaginales o líquido amniótico. Sólo se deben usar las muestras tomadas de chorro medio (previa higiene vulvar). • La presión diastólica por sí sola es un indicador exacto de la hipertensión inducida del embarazo. La presión arterial elevada y la proteinuria, sin embargo, definen la preeclampsia.
Examen general de orina anormal <ul style="list-style-type: none"> - Infección urinaria - Bacteriuria asintomática - Infección urinaria baja - Infección urinaria alta 	<ul style="list-style-type: none"> • La presencia de glucosa en la orina puede ser normal durante el embarazo; pero, niveles >250 mg/dl pueden relacionarse con una diabetes gestacional • La presencia de proteínas puede indicar una infección urinaria, enfermedad de los riñones o trastornos hipertensivos del embarazo. <ul style="list-style-type: none"> - El examen de orina en la primera consulta sirve para descartar la existencia de lesiones renales (hematuria, proteinuria, cilindruria, etc.) y de diabetes (glucosuria). - Un segundo examen próximo a las 28 semanas que tendrá como principal finalidad la detección de proteínas para descartar una pre-eclampsia. - Un tercer examen de orina entre las 33 y 35 semanas podrá hacer sospechar cualquiera de las tres condiciones patológicas señaladas, aunque su principal finalidad sea descartar pre-eclampsia. También será útil para descartar una infección urinaria. • El tamizaje para bacteriuria asintomática mediante urocultivo está recomendado para todas las embarazadas en el primer control prenatal, entre las 12 y 14 semanas de gestación. • El tratamiento de la bacteriuria asintomática, estipulado en el SUMI es: <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilina 1 g VO cada 8 horas + Vitamina C 1 g VO cada día por 10 días o: - Nitrofurantoína 100 mg VO cada 8 horas + Vitamina C 1 g VO cada día por 10 días (evaluar tolerancia oral). • Si existe afectación del estado general (ITU alta), con fiebre > 38°C, escalofrío, disuria, polaquiuria, urgencia miccional: <ul style="list-style-type: none"> - Reposo - Referir a hospital

Intervenciones requeridas durante el control prenatal

Situación	Conducta
Glicemia - diabetes	<ul style="list-style-type: none">Referir al hospital
Enfermedad periodontal <ul style="list-style-type: none">GingivitisPeriodontitis	<p>Realice un examen bucal buscando:</p> <ul style="list-style-type: none">Gingivitis: afecciones inflamatorias de los tejidos blandos que rodean al diente y la encía.Periodontitis: lesiones que provocan la destrucción de las estructuras de sostén de los dientes, tales como el ligamento periodontal, el hueso, el cemento y los tejidos blandos. <p>Ante sospecha de enfermedad periodontal en la mujer embarazada:</p> <ul style="list-style-type: none">Interconsulta con odontologíaReferir al hospital

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Nº de Carpeta Familiar:
Código Único de Seguro:

1. ANTECEDENTES											
HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP - DPS / OMS						FECHA DE NACIMIENTO					
NOMBRE _____			DIA mes año			INDIGENAS			ALFA BETA		
DOMICILIO _____ ZONA _____			EDAD (años)			ESTUDIOS			ESTERILIDAD		
LOCALIDAD/COMUNA _____ MUNICIPIO _____			+ de 35 AÑOS			niveles primaria			consejera		
TELÉFONO _____			+ de 35 AÑOS			secundaria			mujeres		
DIOSA/HABLAZU: S			+ de 35 AÑOS			terciaria			hombres		
LUGAR DE MATERNIDAD _____			+ de 35 AÑOS			+ de 35 AÑOS			C. Menstr.		
									V. Menstr.		
									F. Menstr.		
									H. Menstr.		
2. GESTACIÓN ACTUAL											
3. PARTO											
4. RECIÉN NACIDO											
5. PUERPERIO											
6. EGRESO P.R.											
7. EGRESO DE LA MUJER											

Este color significa ALERTA

Distribución de los colores en el formulario

- 45 -

LISTADO DE CODIGOS

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE-10) OPS/OMS 1992.

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUEPERIO (EPP)		PATOLOGIA NEONATAL	
50 GESTACION MULTIPLE	O16	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANA MIALINA	P22.2
51 HIPERTENSION PREVIA	O16	51 SINDROMES ASPIRATIVOS	P24
52 Hipertension previa essencial complicando EPP	O16.8	52 APNEAS POR PREMATUREZ	P26.3-P26.4
52 Hipertension previa secundaria complicando EPP	O16.8	53 OTROS SOR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
53 PREECLAMPSIA	O13, O14	54 Ductus arterioso persistente	Q25.1
54 Hipertension transitoria del embarazo	O16	55 Persistencia de la circulacion fetal	P29.3
55 Preclampsia leve	O13	56 Neumonia congenita	P23
56 Preclampsia severa y moderada	O14	57 Neumotorax y enfisema intersticial	P25
57 Hipertension previa con proteinuria subagregada	O11	58 Taquimia transitoria	P22.1
58 ECLAMPSIA	O15	59 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
59 CARDIOPATIA	296.7	60 HEMORRAGIAS	
58 DIABETES	O24	61 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	PS3
57 Diabetes mellitus. Insulino-dependiente previa	O24.0	62 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1	63 Hemorragia umbilical (herida la ombligo con hemorragia)	P51
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4	64 Hiperbilirrubinemas	
67 Test de tolerancia a la glucosa incormal	R73.0	65 Enfermedad hemolitica por isoimmunización Rh	P55.0
68 INFECCION URINARIA	O23.0-O23.4	66 Enfermedad hemolitica por isoimmunización ABO	P55.1
69 Racteruria asintomatica del embarazo	R82.7	67 Infección neonatal asociada a parto de prematuro	P59.0
70 OTRAS INFECCIONES	O98-B06,B50-B54,A60	68 HEMATOLOGICAS (excluyendo P00-P99)	P60-P61
71 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5	69 Policitemia neonatal	P61.1
72 Sifilis complicando EPP	O98.1	70 Anemia congenita	P61.3
73 Gonorrea complicando EPP	O98.2	71 Otras afecciones hematologicas	(P25-P39.A09.G00.A54.3)
74 Malaria	B50-B54	72 Infecciones	
75 Infección hepática anogenital (herpes simplex)	A60	73 Diarrea	G00
76 Hepatitis viral	O98.4	74 Meningitis	P36
74 TBC complicando EPP	O98.0	75 Orbitis	P39.1, A54.3
78 Rubella complicando EPP	O98.9	76 Conjuntivitis	P39.4.L00
79 PARASITOSES COMPLICANDO EPP	B06.0, B06.8 y B06.9	77 Infecciones de la piel del recién nacido	P36
80 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	O98.8	78 Septicemia	(resto del P25-P39)
81 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O98.9	79 Enterocolitis necrotizante (ECN)	P77
82 Incompetencia istmico-cervical	O98.0	80 Tétanos neonatal	A33
83 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA	O98.1	81 Sífilis congenita	A50
84 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto	O98.2	82 Enfermedades congénitas virales	P35
85 Parto obstruido debido a anomalía placentaria materna	O98.3	83 Síndrome de rubéola congenita (SRC)	P35.5
86 Otros partos obstruidos por causa fetal	O98.4	84 Cisnegravius (CMV)	P25.1
87 HEMORRAGIA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO	O98.5	85 Toxoplasmosis congenita	P37.1
88 Mola hidatiforme	O98.6	86 HIV positivo	R25
89 Aborto espontáneo y aborto retardo	O98.7	87 Otras infecciones del periodo perinatal	(resto del P25-P39)
90 Embrazo ectópico	O98.8	88 Neurologicas (EXCLUIRE MALFORMACIONES)	
91 Aborto inducido y terapéutico	O98.9	89 Hidrocefalia	G81
92 Anemias de进军	O98.0	90 Leucocitosis perivenicular y central	P91.1,P91.2
93 HEMORRAGIA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	O98.1	91 Trauma cibotíaco con lesión intracranial del SNC	P10,P11,P14
94 Placenta previa con hemorragia	O98.2	92 y del sistema nervioso periférico	P52
95 Desprendimiento prematuro de placenta	O98.3	93 Hemorragia intracraniana no traumática	P90
96 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	O98.4	94 Convulsiones	P21
97 Rotura uterina antes o durante el parto	O98.5	95 Encefalopatías hipóticas isquémicas	P91
98 Laceración obstétrica de cuadro utero	O98.6	96 Otras infecciones del estadio neonatal	
99 ANEMIA	O98.7	97 METABOLICOANUTRICIONAL	
27 Anemia por deficiencia de hierro	O98.8	98 Síndrome de "fijo de diabético"	P70.0, P70.1
70 ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O98.9	99 Hipoglicemia	P70.3, P70.4, E16.2
28 Infección del saco amniótico y membranas	O98.0	100 Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P75-F78
73 INFECION PUEPERAL	O98.1	101 Rrotección de la prematuro	H35
29 Sepsis puerperal	O98.2	102 Hemorragia inguinal	K40
30 Infección uterina asociada al nacimiento	O98.3	103 Síndrome de daño por frio	P90.0 (excluye Hipotermia leve P90.E)
74 HEMORRAGIA POSTPARTO	O98.4		
31 Placenta retorta	O98.5		
32 Utero atípico	O98.6		
33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado	O98.7		
34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado	O98.8		
35 OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS	O98.9		
35 Placenta previa sin hemorragia	O98.0		
36 Hipovolemia gravida	O98.1		
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O98.2		
38 Dependencia de drogas	O98.3		
39 Sulfato fetal	O98.4		
40 Polidramnios	O98.5		
41 Disparinias (sin mención de rotura de membranas)	O98.6		
43 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O98.7		
43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O98.8		
44 Endometrio obturado	O98.9		
45 falla de cierre de la herida de cesárea	O98.0		
46 Falla de cierre de la episiotomía	O98.1		
47 SIDA	O98.2		
78 HIV positivo	O98.3		
48 Neoplasia maligna del cuadro utero	O98.4		
49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	O98.5		
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION		ANOMALIAS CONGENITAS	
50 Cesárea primaria	54 Situación transversal	120 Anorectalia	Q00.0
52 Sefuimiento fetal agudo	55 Rotura prematura de membranas	121 Extrofia bifida/Meningocele	Q05.Q07.0
53 Descompresión céalo-pélvica	56 Infección ovárica (sospechada o confirmada)	122 Hidronefrosis	Q04.3
54 Alteración de la contrariedad	57 Placenta previa	123 Hydrocephalus	Q03
55 Parto prolongado	58 Absceso placentario	124 Microcefalia	Q02
56 Fracaso de la inducción	59 Rotura uterina	125 Hidrocefalia	Q04.2
57 Descenso alterado de la presentación:	60 Fibromiositis y espasmo	127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04.Q06
58 Descenso alterado de la presentación:	61 Condilomatosis genital	128 Tronco anterior	Q20.0
59 Rotura uterina	62 Condilomatosis oral	129 Transposición de grandes vasos	Q20.3
60 Rotura uterina	63 Muerte fetal	130 Tetralogia de Fallot	Q21.3
61 Rotura uterina	64 Muerte fetal	131 Ventrículo único	Q20.4
62 Rotura uterina	65 Otras anomalías cardíacas	132 Doble trastorno de salida de vrt. derecho	Q20.1
63 Rotura uterina	66 Rotación anormal	133 Canal arterio-ventr. completo	Q21.2
64 Rotura uterina	67 Rotación anormal	134 Atresia pulmonar	Q22.0
65 Rotura uterina	68 Rotación anormal	135 Atresia tricuspidal	Q22.4
66 Rotura uterina	69 Rotación anormal	136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q23.4
67 Rotura uterina	70 Rotación anormal	137 Coartación de aorta	Q25.1
68 Rotura uterina	71 Rotación anormal	138 Reson venoso pulmonar anómala total	Q26.2
69 Rotura uterina	72 Rotación anormal	139 Otras anomalías circulatorias-respiratorias	Q26.4
70 Rotura uterina	73 Rotación anormal	140 Pectus excavatum	Q35
71 Rotura uterina	74 Rotación anormal	141 Atresia tráqueo-oesofágica	Q39.1
72 Rotura uterina	75 Rotación anormal	142 Atresia rectal	Q42.0,Q42.1,Q42.2
73 Rotura uterina	76 Rotación anormal	143 Atresia de colon ó Herda	Q42.0,Q42.1,Q42.2
74 Rotura uterina	77 Rotación anormal	144 Ano imperforado	Q43
75 Rotura uterina	78 Rotación anormal	145 Omftalmia	Q75.2
76 Rotura uterina	79 Rotación anormal	146 Gastrostomia	Q79.3
77 Rotura uterina	80 Rotación anormal	147 Atresia duodenal	Q41.5
78 Rotura uterina	81 Rotación anormal	148 Atresia rectal	Q41.1
79 Rotura uterina	82 Rotación anormal	149 Atresia ileal	Q41.2
80 Rotura uterina	83 Rotación anormal	150 Otras anomalías gástricas	Q49.45
81 Rotura uterina	84 Rotación anormal	151 Gástritis	Q50.56
82 Rotura uterina	85 Rotación anormal	152 Agenesis renal bilateral	Q50.1
83 Rotura uterina	86 Rotación anormal	153 Fistulas poli o multifuscas o displásicas	Q51.16.9
84 Rotura uterina	87 Rotación anormal	154 Hidronefrosis congénita	Q52.5
85 Rotura uterina	88 Rotación anormal	155 Extrofia de la vejiga	Q54
86 Rotura uterina	89 Rotación anormal	156 Otras anomalías reñonarias	Q55.54
87 Rotura uterina	90 Rotación anormal	157 Tractoma 13	Q91.4, Q91.5,Q91.6
88 Rotura uterina	91 Rotación anormal	158 Tractoma 18	Q91.0, Q91.1,Q91.2
89 Rotura uterina	92 Rotación anormal	159 Síndrome de Down	Q90
90 Rotura uterina	93 Rotación anormal	160 Otras anomalías craneomáxicas	Q92.97-99
91 Rotura uterina	94 Rotación anormal	161 Laringeo hérnia	Q93
92 Rotura uterina	95 Rotación anormal	162 Polidactilia	Q94
93 Rotura uterina	96 Rotación anormal	163 Syndactilia	Q95
94 Rotura uterina	97 Rotación anormal	164 Heterotaxis	Q96
95 Rotura uterina	98 Rotación anormal	165 Heterotaxis	Q97
96 Rotura uterina	99 Rotación anormal	166 Hidrocefalia	Q98.0
97 Rotura uterina	100 Rotación anormal	167 Oligocefalia severa	P56.P63.2
98 Rotura uterina	101 Rotación anormal	168 Oligocefalia moderada	P57.P64.2
99 Rotura uterina	102 Rotación anormal	169 Oligocefalia leves	P58.P65.2
	103 Rotación anormal	170 Anomalías tegumentarias	Q08.74,75.75
	104 Rotación anormal	171 Anomalías	Q02.64
MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO		AUTOIDENTIFICACIÓN	
81 Lidocaina o similar	16 Inhibidores de prostaglandinas	17 Joaquimano	
82 Animes simpaticomiméticos	17 Relajantes del músculo	18 Guarani	
83 Quetoxamolicos (pentilene-fluorureo-dx, nitroso)	18 Sustituto de magnesio	19 Machineri	
84 Berberina	19 Rotación	20 More	
85 Rosaseras musculares	20 Hidratina	21 Moseten	
86 Diazepínicos	21 Oxytocoza	22 Movimenta	
87 Meperidina	22 Beta bloquianas	23 Mojeno	
88 Esasimolílicos	23 Otras antihistamínicas	24 Nahua	
89 Octreotida	24 Corticoides	25 Pacahuera	
100 Prostaglandinas	25 Cardiotónicos	26 Quechua	
11 Betaadrenocorticos (epinefrina-cortisoloprona)	26 Ammoniaca	27 Reyesano (marape)	
12 Ammoniaca (gentamicina-amikacina)	27 Anfetamina	28 Simón	
13 Nitroglicerina	28 Insulina	29 Tacana	
14 Memantinina	29 Oxitocina	30 Tapetí	
15 Bebenimínicos	30 Oxitriptanina	31 Toromona	
		32 Uru	
		33 Weenayayek	
		34 Yaminalhua	
		35 Yuki	
		36 Yuacareí	
		37 Ora	



ACTIVIDADES DE CONTROL PRENATAL SISTEMATIZADA EN BASE AL NUEVO MODELO DE CONTROL PRENATAL DE LA OMS

	1° <22 semanas	2° 26 semanas	2° 32 semanas	2° 38 semanas
PRIMERA VISITA: Para todas las mujeres que consultan por primera vez al Servicio de Salud independientemente de la edad de la edad gestacional.				
Si la primera visita tiene lugar después de la fecha recomendada, realice todas las actividades necesarias hasta ese momento.				
Apertura de la Historia clínica perinatal base y carnet perinatal				
Examen clínico general, incluyendo mamas y salud oral				
Examen obstétrico: Edad gestacional (regla de Wahl o ecografía), altura uterina (registro gráfico)				
Examen ginecológico: Toma de muestra de Papanicolaou				
Medición y registro de la presión arterial				
Peso/altura de la madre, cálculo del índice de masa corporal (IMC)				
Determinación de hemoglobina (o detección clínica de anemia)				
Determinación de grupo sanguíneo o factor Rh				
Detección de sífilis (VDRL, RPR, Tira reactiva) o manejo sindrómico				
Detección de malaria/chagas especialmente en áreas endémicas				
Detección de proteínas en orina con ácido acético, tiras reactivas o examen de orina				
Detección de azúcar en la sangre (glicemia)				
Administración de vacuna antitetánica				
Administración de sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina C (según norma)				
Orientación, llenado del formulario "Planeando mi Parto" institucional (transcripción del formulario comunitario)				
Completar Historia Clínica Perinatal o Carnet Perinatal				
Referencia ante la presencia de alguna señal de alarma (primer nivel de atención)				
SEGUNDA VISITA Y VISITAS POSTERIORES		26 semanas	32 semanas	38 semanas
Examen médico para detección de anemia (en caso necesario)				
Examen obstétrico: Estimación de edad gestacional, altura uterina, latidos cardíacos fetales				
Examen y registro de la presión arterial				
Peso materno (monitoreo de ganancia de peso materno - IMC)				
Detección de proteínas (sólo hipertensas, primigenias y si existe antecedentes de preeclampsia)				
Administración de vacuna antitetánica (según Norma)				
Administración de sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina C (según Norma)				
Completar "Planeando mi Parto" para situaciones de emergencia y orientación integral (lactancia, anticoncepción)				
Completar Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal				
TERCERA VISITA: Agregar a la segunda visita				
Determinación de la hemoglobina (control) Administración de vacuna antitetánica (según Norma)				
Instrucciones para el parto / Planificación del nacimiento (Planeando mi Parto)				
Orientación en lactancia - anticoncepción				
Completar Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal				
CUARTA VISITA agregar a la segunda y tercera visitas				
Detección de la presentación pélvica y derivación para versióncefálica externa				
Completar Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal (recomendar que lleve su carnet perinatal al servicio de salud ante emergencia obstétrica o inicio del parto)				

Nota: Al momento de realizar el control prenatal, considere la edad gestacional más cercana al momento de la visita.

EMBARAZO Y HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO (HPME)
CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 10 : EVALUAR Y DETERMINAR EL RIESGO DE LAS MUJERES CON HPME

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
Completar la Historia Clínica del Aborto 	CLASIFICAR	HPME CON ALTO RIESGO HPME CON BAJO RIESGO
Preguntar: Informar a la usuaria que todo cuanto se diga es confidencial y que en este centro se respetan los derechos de las mujeres. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo fue su última menstruación? • ¿Piensa que está embarazada? • ¿Cuándo empezó el sangrado? • ¿Cómo es el sangrado? • ¿Tiene dolor en bajo vientre o en otro lugar (intensidad)? • ¿Usó algún medicamento o le hicieron algún procedimiento para terminar el embarazo? • ¿Ha tenido fiebre, dolor de cabeza, visión borrosa, desmayos, pérdida de conciencia? Determinar y observar <ul style="list-style-type: none"> • Fecha última menstruación • Antecedentes Gineco-obstétricos. • Presión arterial. • Temperatura. • Altura del fondo uterino y características de orificio cervical externo (OCE). • Cantidad de sangrado. • Especuloscopía. • Características del abdomen (Blumberg +). • Examen físico general. • Alergias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia genital severa. • Fiebre . • Pérdida o disminución de la conciencia (tiempo, espacio, persona). • Determinar Edad Gestacional por FUM y altura uterina en cm. • Laboratorio mínimo: Hb, Hto, Grupo Sanguíneo y factor. • Coagulograma (embarazo mayor a 12 semanas). • Ecografía (en caso de contar con el recurso). • Antecedente de intervenciones médicas anteriores o consumo de medicamentos para provocar la menstruación. • Dx diferencial entre amenaza de aborto, aborto incompleto, huevo anembriónado o retenido, mola hidatidiforme, embarazo ectópico, aborto inducido (éste último de acuerdo a ley vigente). • Dx de perforación uterina, sepsis. • Dx de shock hipovolémico, séptico. <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia genital escasa a moderada. • Fiebre. • Determinar Edad Gestacional por FUM y altura uterina en cm. • Laboratorio mínimo: Hb, Hto, Grupo Sanguíneo y factor. • Coagulograma (embarazo mayor a 12 semanas). • Ecografía (en caso de contar con el recurso). • Antecedente de intervenciones médicas anteriores o consumo de medicamentos para provocar la menstruación. • Dx diferencial entre amenaza de aborto, aborto incompleto, huevo anembriónado o retenido, mola hidatidiforme, embarazo ectópico aborto inducido para clasificar como alto o bajo riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que la vía respiratoria esté permeable. • Administrar oxígeno, de acuerdo a disponibilidad. • Canalizar doble vía con bránula (Nº 16 ó 18), y administrar líquidos por vía IV (Ringer lactato 1000 ml/60gotas por minuto). • Administrar 20 UI de oxitocina, diluidas en 1000 ml de solución fisiológica para 12 horas. • Iniciar antibioticoterapia (amoxicilina 1 g VEV/VO cada 8 horas). • Tratamiento inicial del shock hipovolémico. (Pág. 54) • Llenar Formulario de Referencia. (Pág. 66) • Referir URGENTEMENTE al hospital. <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento ambulatorio con embarazos menores a 12 semanas. • Internación con embarazo de más de 12 semanas. • Tratamiento con AMEU, LUI o Misoprostol de acuerdo a normas nacionales oficiales (si existe la competencia). • Llenar HC de aborto. (Pág. 49) • Si presenta fiebre, iniciar antipiréticos, antibióticos antes de procedimiento. • Orientación antes, durante y post procedimiento. • Anticoncepción postabortion con consentimiento informado. (Pág. 55) • Cita de control. • Referencia a 2do nivel en caso necesario.

HISTORIA CLINICA (ADMISSION POR ABORTO)

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Nº de Carpetas Finales

© 2010 Pearson Education, Inc.

MODELO DE CINCO PASOS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS HPME (POSTABORTO)

1. Vinculación entre la comunidad y los proveedores de servicio.

Para lograr el acceso universal a servicios de atención postaborto y a otros servicios de salud sexual y reproductiva que sean sostenibles y de alta calidad, los proveedores de salud deberán emprender acciones para trabajar en forma coordinada con los miembros de la comunidad, organizaciones de base y redes sociales, con la finalidad de responder a las necesidades de la población, mediante la planificación de actividades y movilización de recursos.

En la atención a las HPME uno de los problemas más importantes es la demora en el reconocimiento de las señales de peligro y la búsqueda oportuna de atención, por este motivo es importante el involucramiento de la comunidad para la atención y referencia oportuna de mujeres que están con HPME.

2. Orientación

El propósito de la orientación efectiva a mujeres con HPME, es el de brindar información respecto a su situación actual de salud, el procedimiento o conducta a seguir, brindar apoyo emocional necesario durante la estancia hospitalaria, de manera de dar respuesta a las necesidades emocionales y físicas.

Los temas generales a ser abordados durante la orientación por los proveedores de salud son:

- Apoyo emocional durante la atención a las usuarias con HPME. (pre, durante y post procedimiento)
- Información acerca de sus condiciones médicas, resultados de los exámenes, opciones de tratamiento, manejo de dolor, anticoncepción, señales de peligro y visitas de seguimiento.
- Información sobre el retorno a la fertilidad, deseos reproductivos y temas relacionados a la salud integral de acuerdo a sus necesidades y requerimientos.
- Identificar posibles problemas de violencia basada en género, sexual e ITS/VIH para una referencia efectiva.

3. Tratamiento de emergencia

Las HPME pueden ser resueltas tanto por Legrado Uterino Instrumental (LUI) como por la Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU).

El tratamiento de emergencia para las HPME incluye:

- Hacer una evaluación clínica integral inicial para confirmar el diagnóstico y la presencia de complicaciones (historia clínica, examen físico y exámenes complementarios).
- Informar a la usuaria respecto a su condición de salud y sus riesgos, y solicitar su consentimiento para realizar el plan de tratamiento.
- Referir en forma oportuna y segura a la usuaria si no se cuenta con la capacidad resolutiva en el servicio.
- Estabilizar las condiciones de emergencia y tratar cualquier complicación (tanto complicaciones presentes antes del tratamiento como las complicaciones que ocurrían durante y después del procedimiento terapéutico).
- Evacuación uterina mediante la técnica de la AMEU

En el cuadro siguiente se brinda información sobre los servicios para la atención HPME apropiados para los centros de atención de salud de primer nivel de atención:

Prestación de servicios HPME según el nivel del centro de salud y su personal

Nivel	El personal puede Incluir	Atención proporcionada para las emergencias	Anticoncepción Post aborto
Comunidad	Agentes comunitarios de salud, Parteras tradicionales, Curanderos tradicionales con capacitación básica para la atención de salud.	Reconocimiento de los signos y síntomas de un aborto y de las complicaciones graves post aborto. Referencia inmediata a los centros de la Red Obstétrica de acuerdo a sistema de referencia local del SUMI.	Provisión de píldoras, condones, referencia y seguimiento para éstos y otros métodos.
Primer Nivel de Atención Puestos y centros de salud.	Trabajadores/as de Salud. Enfermeras/os. Médicos/as generales	Las actividades señaladas arriba más: Diagnóstico basado en la historia médica y en los exámenes físico y pélvico. Preparación para el tratamiento o la referencia oportuna y segura. Reposición hidro electrolítica.	Provisión de los métodos enumerados arriba. Mas Depo-provera Referencia para otros métodos.

4. Anticoncepción HPME

El propósito para ofrecer servicios de anticoncepción obedece a disminuir la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, contribuyendo al mismo tiempo a la disminución de embarazos no planificados y abortos en condiciones de riesgo.

En la mayoría de los sistemas de salud, las mujeres tratadas por HPME, rara vez reciben orientación o servicios de anticoncepción post procedimiento, lo que genera en el futuro cercano un nuevo embarazo no planificado y posiblemente un nuevo aborto y sus complicaciones.

Las mujeres que no desean embarazarse o que clínicamente se les recomienda no quedar embarazadas inmediatamente después del tratamiento de una HPME, no cuentan con el complemento preventivo de la entrega de anticoncepción al momento del alta y es posible que si se la refiere a un servicios de anticoncepción post alta, ella no regrese inmediatamente para proveerse de un método anticonceptivo, consiguientemente es importante ofrecer la gama de métodos de anticoncepción disponibles.

En 1993, habiéndose reconocido los factores anteriores, un grupo de expertos en anticoncepción postabortion, patrocinado por varias agencias internacionales, desarrolló recomendaciones para el establecimiento de servicios de anticoncepción post aborto, La recomendación fundamental afirmó que todas las mujeres que hayan experimentado un aborto deben tener a su disposición y en forma accesible, una gama de métodos anticonceptivos, información precisa clara y completa, orientación sensible y referencia para la atención continua. (SHR –WHO 2000)

Los pasos necesarios para cumplir esta recomendación incluyen:

- Establecer vínculos funcionales entre los servicios de emergencia post aborto y los servicios de salud reproductiva.
- Desarrollar protocolos para anticoncepción post aborto.
- Utilizar investigación para apoyar las mejoras en la calidad de la atención post aborto.

Debido a que la ovulación se produce rápidamente después de un aborto (embarazos del primer trimestre, la ovulación puede presentarse incluso en el día 11), enfrentando casi de inmediato el riesgo de un nuevo embarazo, es necesario que los servicios de anticoncepción post aborto se inicien de inmediato, con la oferta de métodos modernos de anticoncepción para postergar un nuevo embarazo por lo menos seis meses.

Todos los métodos anticonceptivos modernos son apropiados para su uso después de un aborto, siempre que el/la proveedor/a haga la evaluación pertinente de la mujer para cumplir con las precauciones estándar del método y que le brinde una orientación adecuada. Las recomendaciones para el uso de los anticonceptivos después de un aborto del primer trimestre son similares a las de anticoncepción de intervalo (es decir, mujeres que no han estado embarazadas dentro de los últimos 28 días).

5. Servicios de Salud Reproductiva y salud en general.

La vinculación de los servicios para la atención de emergencia post aborto con otros servicios de salud reproductiva, es esencial. Sin embargo, en gran parte de los establecimientos, dichos servicios se mantienen separados. Esta separación deja a las mujeres sin acceso a la atención integral en salud reproductiva.

Es importante identificar los servicios de salud reproductiva que puede necesitar cada mujer y ofrecerle una gama de servicios lo más amplia posible. Por ejemplo, los/as proveedores/as tienen que mantenerse alerta a los síntomas de las infecciones del tracto genital (ITG) y de otras Infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, la tricomoniasis o la cervicitis muco-purulenta) y proporcionar el tratamiento apropiado para las mismas.

Además, en el caso de mujeres entre 30 a 35 años de edad, podría ser posible ofrecer un despistaje para el cáncer cervical en el momento del tratamiento o referirla a un servicio donde dicho despistaje esté disponible. Por último, las mujeres tratadas por un aborto espontáneo pueden tener necesidades especiales respecto a la atención de salud reproductiva, como un seguimiento especial para el manejo del aborto espontáneo habitual (infertilidad), u orientación antes de intentar quedar embarazadas

EMBARAZO Y HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO (HPME)

DIAGNÓSTICO	ETAPAS	Amenaza de aborto	Aborto inminente	Aborto consumado Incompleto	Aborto consumado Completo
					
Metrorragia	Oscura y escasa	Roja, abundante y continua	Persiste	Minima	
Contracciones uterinas dolorosas	Presentes	Aumentan frecuencia e intensidad	Persisten	Cesan y merma el dolor	
Modificaciones cervicales	Cuello cerrado	Canal permeable	- Cuello abierto - Restos ovulares en útero y/o vagina	Cuello cerrado	
Desprendimiento y expulsión	Ausentes	Protrusión parcial del huevo	Expulsión en dos tiempos. Retención de anexos	Expulsión total: huevo y anexos	
Ecografía	Hemorragia decidual Coágulo subcorial Embrión vivo intrauterino	Expulsión en curso	Restos endocavitarios y vaginales	Útero involucionado y vacío	

Diagnóstico diferencial de las HPME

	CLÍNICA	ECOGRAFÍA
EMBARAZO ECTÓPICO	Dolor. Sangrado negruzco y escaso. Tamaño del útero < a la amenorrea. Tumoración parauterina.	Tumoración parauterina inespecífica. Ausencia de saco gestacional. Pseudosaco gestacional.
MOLA	Sangrado rojo, a veces con vesículas. Tamaño uterino > a la amenorrea. Quistes ováricos.	Útero: imagen típica con vesículas. Ovarios: quistes luteínicos uni o bilaterales.
ABORTO	Dolor. Sangrado inicialmente escaso y oscuro, posteriormente abundante y rojo rutilante. No hay tumoraciones anexiales	Útero ocupado por el saco o por restos ovulares y/o coágulos. Solo estará vacío en el aborto incompleto

Identificación y tratamiento de las complicaciones en mujeres con hemorragia de la primera mitad del embarazo

Signos y Síntomas	Complicaciones	Tratamiento inicial
<ul style="list-style-type: none"> • Escalofrío, fiebre mayor a 38,5°C, sudoración, piel pálida y taquicardia. • Secreción vaginal fétida. • Dolor abdominal o dolor a la movilización uterina. • Blumberg + distensión abdominal. • Hipotensión arterial • Hemorragia genital prolongada o excesiva. • Antecedentes de manipulación en genitales. 	Infección o sepsis.	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales. • Control y registro de diuresis horaria. • Asegurarse de que la vía respiratoria esté permeable. • Canalizar vena con bránula, y proporcione líquidos por vía IV (Ringer lactato 1000 ml/60gotas por minuto). • Administrar 20 UI de oxitocina, diluidas en 1000 ml de solución fisiológica para 12 horas. • Iniciar antibioticoterapia según esquemas: <p><i>Esquema 1:</i> Penicilina G sódica 6 millones de UI EV cada 4 horas (o ampicilina 1 g EV cada 6 horas) más gentamicina 80 mg IM o EV cada 8 horas, más metronidazol 500 mg dosis inicial de 1 g EV (en 40 minutos) y dosis de mantenimiento 500 mg EV cada 6 horas (en 20 minutos).</p> <p><i>Esquema 2:</i> Penicilina G sódica 6 millones de UI EV cada 4 horas (o ampicilina 1 g EV cada 6 horas) más cloramfenicol 1 g EV cada 6 horas.</p> <p><i>Esquema 3:</i> Metronidazol 500 mg dosis inicial de 1 g EV (en 40 minutos) y dosis de mantenimiento 500 mg EV cada 6 horas (en 20 minutos).</p> • Si es necesario aplicar toxido tetánico. • Administrar oxígeno, de acuerdo a disponibilidad. • Llenar Formulario de Referencia. • Referir URGENTEMENTE al hospital.
<ul style="list-style-type: none"> • El instrumento penetra el útero más allá de lo esperado (comprobar con histerometría previa). • Sangrado excesivo durante el procedimiento. • Presencia de tejidos u órganos abdominales en los restos obtenidos (grasa, epiplón, etc.) 	Perforación uterina durante el procedimiento.	<p>Ante sospecha de perforación uterina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación de SV. Cada 15 minutos hasta estabilización de la paciente. • Administrar líquidos por vía EV (Ringer lactato 1000 ml/60gotas por minuto). • Si existe hemorragia genital, canalizar doble vía venosa y administrar Ringer Lactato o solución salina normal, a chorro; luego mantener vía venosa hasta llegar al establecimiento de referencia. • Administrar oxitocina 20 UI. EV diluidas en 1000 ml de solución glucosada al 5% gcteo continuo. • Administrar oxígeno, de acuerdo a disponibilidad. • Iniciar antibioticoterapia según esquema de sepsis. • Llenar Formulario de Referencia. • Referir URGENTEMENTE al hospital.
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal fijo o tipo cólico. • Distensión abdominal. • Ruidos hidroáreos disminuidos o ausentes. • Abdomen tenso y duro. • Dolor a la palpación superficial y/o profunda Blumberg (+). • Nauseas y/o vómitos. • Dolor de hombro. • Fiebre. 	Lesión intraabdominal.	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse que la vía respiratoria esté permeable. • Administrar soluciones EV (Ringer lactato 1000 ml/60gotas por minuto). • Si existe hemorragia genital, canalizar doble vía venosa y administrar Ringer Lactato o solución salina normal, a chorro; luego mantener vía venosa hasta llegar al establecimiento de referencia. • Observación de SV cada 15 minutos hasta estabilización de la mujer. • Administrar oxígeno, de acuerdo a disponibilidad. • Sonda vesical para control de líquidos. • Administrar antibióticos (dosis inicial). • Llenar Formulario de Referencia. • Referir URGENTEMENTE al hospital.

Signos y Síntomas	Complicaciones	Tratamiento inicial
<ul style="list-style-type: none">• Pulso rápido y débil.• Hipotensión arterial.• Palidez de piel y mucosas.• Respiración rápida.• Ansiedad, confusión o inconsciencia.	Shock.	<ul style="list-style-type: none">• Asegurarse de que la vía respiratoria esté permeable.• Si existe hemorragia genital, canalizar doble vía venosa y administrar Ringer Lactato o solución salina normal, a chorro; luego mantener vía venosa hasta llegar al establecimiento de referencia.• Administrar oxígeno, de acuerdo a disponibilidad.• Colocar sonda vesical.• Llenar Formulario de Referencia.• Referir URGENTEMENTE al hospital.

ANTICONCEPCIÓN POSTABORTO

Condición clínica	Precauciones	Criterios de selección
Sin complicación alguna después del tratamiento de un aborto incompleto.	<p>Anticoncepción natural: No es recomendable hasta que se restablezca un patrón menstrual regular.</p> <p>Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina: De ser posible es aconsejable posponer el procedimiento hasta que el útero vuelva a su tamaño antes del embarazo (4 a 6 semanas).</p>	<p>Todos los métodos temporales para uso inmediato.</p> <p>Inyectables (DMPA), dispositivos DIU (T de cobre), anticonceptivos orales combinados.</p> <p>Condón masculino: (Doble protección: ITS/VIH/SIDA y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual.</p>
Signos y síntomas de infección y sepsis. Signos de un aborto inducido en condiciones de riesgo. Imposibilidad de descartar una infección.	<p>Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina: No realizar el procedimiento hasta que se descarte el riesgo de una infección o hasta que la misma se trate y resuelva por completo (aproximadamente tres meses).</p>	<p>Inyectables (DMPA).</p> <p>Condón masculino: (Doble protección: ITS/VIH/SIDA y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual.</p>
Lesión del tracto genital. Perforación uterina (con o sin lesión intestinal). Lesión vaginal o cervical grave, incluidas las quemaduras químicas.	<p>DIU (T de cobre): No insertar hasta que se descarte el riesgo de una infección o hasta que la misma se trate y resuelva por completo las lesiones graves (aproximadamente tres meses).</p> <p>Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina: No realizar el procedimiento hasta que hayan tratado las lesiones graves.</p>	<p>Para uso inmediato.</p> <p>Inyectables (DMPA), anticonceptivos orales combinados .</p> <p>Condón masculino: (doble protección: ITS/VIH/SIDA y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual.</p>
Sangrado severo (hemorragia) y anemia severa asociada con la misma.	<p>Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina: No realizar el procedimiento hasta que se resuelva la causa de la hemorragia o de la anemia.</p> <p>Inyectables (DMPA), DIU (T de cobre): Posponer el inicio del método hasta que mejore la anemia aguda.</p>	<p>Para uso inmediato</p> <p>Anticonceptivos orales combinados.</p> <p>Condón masculino: (Doble protección: ITS/VIH/SIDA y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual.</p>
Aborto incompleto (12 a 22 semanas).	<p>DIU (T de cobre): El tamaño del útero requiere un proveedor capacitado y con experiencia para la colocación del dispositivo en el fondo uterino. De no ser esto posible, posponer la inserción de 4 a 6 semanas.</p>	<p>Para uso inmediato:</p> <p>Inyectables (DMPA), anticonceptivos orales combinados.</p> <p>Condón masculino: (Doble protección: ITS/VIH/SIDA y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual.</p>

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 11: EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

En Base a la Historia Clínica Perinatal Base y el Partograma, correctamente llenados, Evaluar el Riesgo en la Mujer Embarazada en Trabajo de parto		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
PREGUNTAR	DETERMINAR,			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántas semanas de embarazo por FUM? • ¿Comenzó el trabajo de parto? • El feto ¿Se mueve? • ¿Hay salida de líquido por genitales o Rotura de Membranas (RM)? - En caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Es mayor de 6 horas? • Trabajo de parto: ¿Es mayor de 12 horas? • ¿Tiene o ha tenido dolor de cabeza, visión borrosa, y/o ruidos en los oídos? • ¿Tiene o ha tenido recientemente convulsiones (ataques)? • ¿Tiene o ha tenido hemorragia genital? • ¿Tiene calentura o fiebre? 	<ul style="list-style-type: none"> • AFU (altura de fondo uterino) • Dinámica uterina en 10 minutos: - ¿Tiene menos de 3 contracciones o 3 o más contracciones intensas? - La frecuencia cardíaca fetal (FCF) es menor de 120 o mayor a 160 latidos/minuto? • ¿Hay salida de líquido amniótico y/o flujo genital con mal olor? • Presentación del feto <ul style="list-style-type: none"> • Es podálica o transversa? • Tome la presión arterial • ¿Tiene edema en cara y manos? • ¿Tiene proteinuria? • ¿Tiene sangrado vaginal? • ¿Tiene fiebre o se la siente muy caliente? 	<p>La parturienta presenta menos de 3 contracciones en 10 minutos o usando el partograma el parto NO es inminente Y tiene una de las siguientes señales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión o hipotensión arterial • Tiene o ha tenido recientemente convulsiones (ataques) o desmayos • Proteinuria (+++) • Tiene o ha tenido recientemente dolor de cabeza, visión borrosa y/o zumbido en los oídos • Edema en cara y manos • Calentura o fiebre • Flujo genital fétido • Condilomatosis genital • Rotura de Membranas mayor a 6 horas • Salida de líquido amniótico por genitales • Edad Gestacional menor a 36 semanas por FUM • Edad Gestacional mayor a 41 semanas por FUM • FCF menor a 120 o mayor a 160 latidos/minuto • Hemorragia genital intensa durante el parto • Trabajo de parto mayor a 12 horas: • Altura Uterina (AFU) no correlacionada con edad gestacional • Palidez de piel y mucosas y/o Anemia severa • Presentación podálica o situación transversa • Antecedente de cesárea previa/iterativa • Embarazo múltiple • Muerte fetal intrauterina • Retención placentaria <p>• Presenta 3 o más contracciones intensas en 10 minutos o utilizando el partograma el parto es inminente y tiene una o más de las señales del cuadro superior.</p>	<p>MUJER CON TRABAJO DE PARTO CON ALTO RIESGO PERINATAL</p> <p>MUJER CON PARTO INMINENTE CON ALTO RIESGO PERINATAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital ➢ Si existe sospecha de infección (RPM mayor a 6 horas, fiebre y/o flujo vaginal con mal olor) administrar la primera dosis de ampicilina 1g IM. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Proceder a atender el parto de acuerdo al Cuadro de Procedimientos 12 ➢ Canalizar vía venosa empleando Suero Fisiológico o Ringer Lactato ➢ Prever alta probabilidad de Maniobras de Reanimación Neonatal ➢ Considerar necesidad de referir en postparto inmediato (a la madre y al recién nacido)

**CÁLCULO DE LA FECHA PROBABLE DE PARTO
POR FUM**(Fecha de última menstruación):
**FUM + 10 DÍAS - 3 MESES = FECHA PROBABLE DE
PARTO(Según la regla de Wahl).**

Alteraciones de la presión arterial:

Es hipertensión arterial en el embarazo cuando:

- la presión diastólica es igual o mayor a 90 mm de Hg.
- ó la presión diastólica tiene una variación mayor a 15 mm de Hg con relación a la toma anterior normal.

Es hipotensión arterial grave (choque) cuando:

- la presión sistólica es menor a 90 mm de Hg y el pulso es mayor a 110 latidos por minuto.

- La madre tiene contracciones uterinas y no presenta ninguna de las señales anteriores

**MUJER CON
TRABAJO DE
PARTO CON
BAJO
RIESGO
PERINATAL**

- Proceder a atender el parto de acuerdo al Cuadro de Procedimientos 12
- Prever probabilidad de **Maniobras de Reanimación Neonatal**.

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 12: ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL PARTO CON BAJO RIESGO PERINATAL

LUEGO DE APLICAR EL "CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 11: EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO". SI LA EMBARAZADA TIENE LA CLASIFICACIÓN 'MUJER CON TRABAJO DE PARTO CON BAJO RIESGO PERINATAL' O 'MUJER CON PARTO INMINENTE CON ALTO RIESGO PERINATAL, PROCEDA SEGÚN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

MOMENTO/PERÍODO	EVALUAR	TRATAR
1. INGRESO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Lávese las manos antes de atender a la parturienta	<p>Para reconocer la inminencia del parto y la condición fetal, realice un examen obstétrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar las maniobras de Leopold para determinar situación, posición, presentación fetal y grado de encajamiento. • Valorar la viabilidad de la pelvis para el tamaño fetal (proporción feto pélvica). • Determinar la dilatación y borramiento del cuello uterino. • Determinar la frecuencia cardíaca fetal y sus variaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brinde apoyo y orientación a la madre y a los familiares. • Explique a la embarazada y a sus familiares los procedimientos que realizará y los hallazgos o riesgos que encuentre. • Si existe alto riesgo perinatal y la referencia no es posible o el parto es inminente, proceda a atender el parto, teniendo en cuenta lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Si encuentra rotura prematura de membranas, ver Manejo de Emergencia. (Pag. 67) - Si encuentra hipertensión, ver Manejo de Emergencia . (Pag. 68) - Si encuentra hipotensión, administrar líquidos IV (Ringer Lactato), 1 L en 30 minutos. • Si existe hemorragia genital y el parto es inminente, canalizar doble vía venosa y administrar Suero Fisiológico, Ringer Lactato, o paquete globular compatible (de acuerdo a posibilidades y gravedad del cuadro); se debe estabilizar a la mujer y referir lo más pronto posible.
2. PERÍODO DE DILATACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Promover la evolución fisiológica del trabajo de parto. • Promover la participación activa de la mujer y su marido o sus parientes que la acompañan. • Identificar precozmente la aparición de factores de riesgo • Lograr un parto en las mejores condiciones psíquicas y físicas maternas y fetales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el progreso de la dilatación y el descenso de la presentación empleando el partograma de la OMS modificado. (Pag. 61, 62) • Explicar a la mujer las maniobras que realizará; recuerde hacer el examen con calma y suavidad. • Auscultar la frecuencia cardíaca fetal según técnica y registre en el partograma, cada 30 minutos o menos, según necesidad. • Controlar, evaluar y registrar la duración, intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas cada 30 minutos o menos, según necesidad. • Controlar el descenso de la cabeza fetal. • Controlar y registrar si se utilizan medicamentos o soluciones parenterales (oxitocina). • Controlar y registrar los signos vitales maternos (pulso, presión arterial, temperatura) y las características de la orina según instructivo del partograma. (Pag. 62) 	<ul style="list-style-type: none"> • Invítale a adoptar diversas posiciones para el trabajo de parto y parto (pregunte cuál es la posición que ella prefiere para tener su parto y procure satisfacerla). • Motive su activa participación y la de su pareja o familiar. • Motive a la mujer para que camine. • Ofrézcale líquidos para beber. • Dé las facilidades para que la embarazada pueda orinar y eliminar deposiciones espontáneamente. • Transmita la información en lenguaje apropiado a las características socioculturales de la embarazada, asegurando el respeto por parte del equipo de salud, de sus condiciones y valores. • Evalúe las modificaciones cervicales por tacto vaginal, cada 2 o más horas si es el primer parto o cada hora en multiparas (la frecuencia / horario indicada dependen de la dinámica uterina y la paridad). Registrar en el partograma. (Pag. 61) • Si las membranas están rotas, limite los tactos vaginales. • Si la evolución del parto es más lenta que lo esperado, según las condiciones de la embarazada (curva observada versus curva de alerta en el partograma), identifique la causa, evalúe capacidad resolutiva disponible para corregir la anomalía y, si es insuficiente, refiera al nivel de mayor complejidad.

MOMENTO/PERÍODO	EVALUAR	TRATAR
3. PERÍODO EXPULSIVO <ul style="list-style-type: none"> Apoyar psicológica y físicamente a la embarazada en un ambiente adecuado para un parto y alumbramiento normales. Mantener una temperatura adecuada (25 °C) en la sala de partos. Preparar instrumental (equipo de atención de parto), guantes y campos estériles. Realizar aseo perineal. Favorecer el apego precoz, piel a piel, del recién nacido con su madre y promover la lactancia materna inmediata. Realizar la ligadura y corte del cordón umbilical una vez que ha dejado de pulsar. 	<p>Si la dilatación cervical se ha completado (10 cm) y la mujer siente deseos de pujar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si está en área de pre-parto, traslade a la embarazada al área de partos: <ul style="list-style-type: none"> Si es su primer hijo/a, cuando tenga dilatación completa (10 cm) y la cabeza fetal esté perineando. Si es multipara, cuando tenga 8 – 9 cm de dilatación 	<p>Medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Motive la participación de su pareja u otro familiar que la陪伴在 sala de partos Procure que la mujer puje espontáneamente (cuando sienta la necesidad de hacerlo) <p>Posición de la paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Permita que elija la posición según su comodidad y costumbres. Puede optar entre: <ul style="list-style-type: none"> Semi-sentada con un ángulo de 120 grados y apoyando los pies Sentada con un ángulo de 90 grados De cucillas Semi-parada, apoyada sobre una mesa o la cama De rodillas <p>Episiotomía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>No debe ser un procedimiento de rutina</u> Realice episiotomía solamente en las parturientas que no presentan un perineo elástico y ante riesgo de desgarro perineal. <p>Desprendimiento de la presentación (expulsión de la cabeza):</p> <ul style="list-style-type: none"> Instruya a la madre para que no puje en ese momento Controle el desprendimiento, apoyando la mano izquierda sobre la presentación para que la salida se produzca lentamente, favoreciendo la distensión progresiva de los tejidos del canal blando, evitando así desgarros En caso de que el cordón umbilical se encuentre alrededor del cuello, deslizarlo con suavidad por encima de la cabeza (reducirlo) En caso de haber meconio, limpie y aspire primero la boca y luego la nariz Después de la rotación externa que realiza el feto por su cuenta, tome la cabeza con ambas manos, por los parietales; tracción suavemente hacia abajo hasta desprender el hombro anterior y luego hacia arriba para desprender el hombro posterior. El resto del cuerpo emerge fácilmente <p>Cuidados al recién nacido(a):</p> <ul style="list-style-type: none"> Evalúe rápidamente la necesidad de reanimación neonatal (Cuadro de Procedimientos 15) Coloque al recién nacido(a) sobre el abdomen de la madre promoviendo el apego precoz piel a piel (Pág. 63) Seque de inmediato y abrigue al recién nacido/a con otra frazada o toalla tibia y seca para evitar la pérdida de calor Ligue y corte el cordón umbilical una vez que haya dejado de pulsar, aproximadamente 3 a 4 minutos después del nacimiento (Pág. 63) Coloque al recién nacido entre los pechos, para iniciar el apego precoz y la lactancia materna inmediata (durante la primera hora después del nacimiento), en la sala de partos o donde se atendió el parto (Pág. 63)

MOMENTO/PERÍODO	EVALUAR	TRATAR
4. ALUMBRIAMIENTO Favorecer la expulsión de la placenta y membranas mediante el manejo activo del tercer estadio del parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Revise la placenta y el cordón umbilical. • Observe las membranas desde el sitio de rotura, tratando de reconstruir la bolsa amniótica y diferenciando amnios y corion, asegúrese que no le falte algún pedazo. • Examine cuidadosamente la placenta, primero por su cara fetal y luego, invirtiéndola, examine la cara materna, colóquela sobre una superficie plana, asegúrese que no le falte un cotiledón. • Evalúe cada 15 minutos (durante dos horas): signos vitales, presencia de sangrado y contracción uterina (globo de seguridad de Pinard). • Una vez que se ha producido el alumbramiento, revise la vulva y periné por si hay desgarros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez que el bebé haya nacido, luego de descartar la presencia de otro bebé y antes de la salida de la placenta, (se haya utilizado o no oxitocina para inducir o conducir el parto): <ul style="list-style-type: none"> - Administre a la madre 10 UI de oxitocina* por vía IM, tan pronto el bebé haya nacido y dentro del primer minuto. (Pág. 63) - La oxitocina inicia su efecto a los 3 - 4 minutos. • Ligue tardíamente el cordón umbilical (luego de 3 a 4 minutos y una vez que el cordón haya dejado de pulsar) • Traccione suavemente el cordón umbilical, aprovechando la contracción uterina, aplicando contrapresión (rechazando el fondo uterino hacia arriba para evitar una posible inversión uterina) (Pág. 63) • Una vez que la placenta haya sido expulsada, realice masaje uterino, inmediatamente y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas. También enseñe a la madre a hacerse el masaje uterino • Realice aseo perineal • Aplique una compresa limpia y seca en la vulva • Si existen desgarros que producen sangrado abundante, proceda a la sutura; en caso necesario proceder a la inspección del cuello uterino • Oriente y enseñe la posición correcta y el buen agarre para la lactancia (Pág. 86)

**La oxitocina debe ser almacenada a una temperatura de 2 a 8 °C*

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

Nombre	Gesta	Para	Nº H Clínica
Fecha de ingreso	Hora de ingreso		Membranas rotas hora(s)
<p>The partogram features a central grid for labor progress (0-10 cm) and time (1-12 hours). Two diagonal lines represent 'Alerta' (Alert) and 'Acción' (Action). To the left are vertical scales for fetal heart rate (100-200 bpm), amniotic fluid (0-10 cm), cervical dilation (0-10 cm with an 'X' mark at 10), fetal descent (0-5 cm with an open circle at 5), contractions (0-5/min), oxytocin (0-5 U/L), medications/IV fluids, and pulse (80-180 bpm). At the bottom, there are scales for blood pressure (80-180 mmHg) and temperature (30-40 °C). A legend on the left indicates symbols for proteinuria, acetone, and urine volume.</p>			
Frecuencia cardiaca fetal			
Líquido amniótico			
Moldeamiento del cráneo			
Dilatación cervical			
X			
Descenso céfálico			
○			
Horas de T. de parto			
Hora Real			
Contracciones en 10 minutos			
Oxitocina U/L gotas / minuto			
Medicamentos administrados y líquidos IV			
Pulso ●			
y ↑ ↓			
Presión arterial			
Temperatura °C			
Orina { Proteinas			
Acetona			
Volumen			

USO DEL PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

INFORMACIÓN SOBRE LA PARTURIENTA: Anote el nombre completo, edad, paridad, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso, y la hora de rotura o el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas (si ocurrió antes de comenzar el registro gráfico en el partograma).

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL: Registre cada 30 minutos. Escuche el corazón fetal inmediatamente después de la contracción uterina. La mujer debe estar recostada boca arriba.

LÍQUIDO AMNIÓTICO: Registre el aspecto del líquido amniótico luego de cada examen genital:

I: Membranas intactas.

R: En el momento de la rotura de membranas.

C: Líquido amniótico claro.

M: Líquido con manchas de meconio.

S: Líquido con manchas de sangre.

MOLDEAMIENTO DE LA CABEZA FETAL:

1: suturas lado a lado.

2: suturas superpuestas, pero reductibles.

3: suturas superpuestas y no reductibles.

DILATACIÓN DEL CUELLO UTERINO: Luego de cada tacto genital, marque con una cruz (X) la dilatación cervical en el espacio correspondiente. Inicie el registro del partograma cuando la dilatación llega a 4 cm. Una las "X" con una línea continua. Cuando el trabajo de parto progresa apropiadamente, el registro de la curva de dilatación permanece a la izquierda o sobre la LÍNEA DE ALERTA. Si la curva de dilatación atraviesa la línea de alerta, es posible que el trabajo de parto se esté prolongando; por tanto, intensifique la vigilancia de la madre y el feto, y haga planes para una intervención apropiada o referencia.

LÍNEA DE ALERTA: Se inicia el registro a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación completa esperada, a razón de 1 cm por hora.

LÍNEA DE ACCIÓN: Es paralela a la línea de alerta y 4 horas a la derecha de la misma.

EVALUACIÓN DEL DESCENSO MEDIANTE PALPACIÓN ABDOMINAL: Se refiere al segmento de la cabeza (dividida en cinco partes) palpable por encima de la sínfisis del pubis; se registra como un círculo (O) en cada examen abdominal. En el nivel "0/5", el sincipicio (S) está al nivel de la sínfisis del pubis.

HORAS DE TRABAJO DE PARTO: Se refiere al tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).

HORA REAL: Registre la hora real en la cual está realizando la atención del trabajo de parto. Si la parturienta ingresa con menos de 4 cm de dilatación, los controles de PA, actividad uterina, descenso de la cabeza fetal, dilatación cervical, etc., regístrelos en la historia clínica perinatal. Si ingresa con más de 4 cm, marque una "X" sobre la línea de alerta a la altura de la dilatación y hora correspondiente.

CONTRACCIONES UTERINAS EN 10 MINUTOS: Registre cada 30 minutos; cuente el número de contracciones que ocurren en un período de 10 minutos y la duración de las mismas en segundos.

- Menos de 20 segundos:
- Entre 20 y 40 segundos:
- Más de 40 segundos:

OXYTOCINA: Cuando se utiliza, registre la dilución de oxitocina (U.I. por litro) y el goteo administrado. Debe monitorearse cada 30 minutos.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS: Registre cualquier medicamento adicional que se administre.

PULSO: Registre cada 30 minutos y marque con un punto (•).

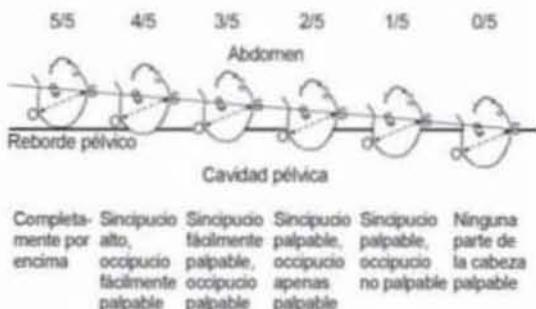
PRESIÓN ARTERIAL: Registre cada 3 - 4 horas y marque con flechas. Ante una paciente de riesgo, podría hacerse más seguido el control de PA.

TEMPERATURA: Registre cada 2 horas.

PROTEÍNA, ACETONA Y VOLUMEN: Registre cada vez que se produce orina.

OTROS DATOS: Registre la temperatura de la mujer cada dos horas.

Registre los detalles del parto: (terminación, fecha y hora, peso, talla, APGAR al nacer) en el espacio, a la derecha de la línea de acción.



RESUMEN DE LA INTEGRACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN A LA MADRE Y AL RECIÉN NACIDO INMEDIATAMENTE DESPUES DEL NACIMIENTO (OPS 2008)

- 1.** Despues del nacimiento, secar al recién nacido de inmediato. Si se observa vigoroso, colocarle en posición prona sobre el abdomen de su madre y cubrirle con una frazada o toalla tibia y seca, para evitar la pérdida del calor.

**Si el recién nacido está pálido, hipotónico o no respira, es mejor colocarlo al nivel del perineo para que el flujo sanguíneo y la oxigenación sean óptimos durante la reanimación.*

El pinzamiento temprano será necesario en el caso de que los métodos de reanimación inmediatos no se puedan aplicar sin pinzar y cortar el cordón.



- 2.** Administrar oxitocina (10 U.I. por vía intramuscular), inmediatamente después del parto (habiéndose descartado la posibilidad de un embarazo gemelar).



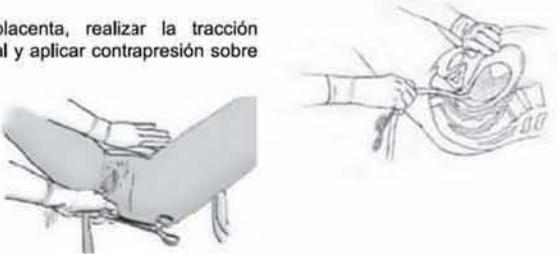
- 3.** Despues de que el cordón deje de pulsar (alrededor de los 3 a 4 minutos), pinzar y cortar conforme a técnicas estrictas de antisepsia.

- 4.** Colocar al recién nacido directamente sobre el pecho de su madre, en posición prona, con la piel del lactante en contacto con la piel de la madre.

A pesar de que la piel de la madre ayudará a regular la temperatura del bebé, cubrir a la madre y al recién nacido con una frazada o toalla seca y caliente para evitar la pérdida de calor. Cubrir la cabeza del recién nacido con un gorro.



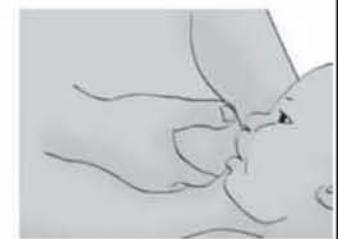
- 5.** Para la expulsión de la placenta, realizar la tracción controlada del cordón umbilical y aplicar contrapresión sobre el útero.



- 6.** Dar masaje uterino despues de la expulsión de la placenta.



- 7.** Durante la recuperación, palpar el útero cada 15 minutos por 2 horas para cerciorarse de que esté firme y vigilar la cantidad de loquios (si es necesario, dar masaje uterino).



- 8.** Demorar los procedimientos habituales (como pesar o bañar al recién nacido) al menos durante los primeros 30 a 60 minutos para que la madre y su bebé puedan estar en contacto ininterrumpido piel con piel y que comience la lactancia materna.

Se le debe ofrecer a la madre la asistencia necesaria, si es la primera vez que amamanta su bebé, teniendo en cuenta su deseo e intimidad.

SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO

RECOMIENDE A LA EMBARAZADA QUE ACUDA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MÁS PRÓXIMO, SIN DEMORA, DIA O NOCHE, SI PRESENTA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SEÑALES:

- Hemorragia genital
- Convulsiones (ataques)
 - Dolor de cabeza intenso
 - Visión borrosa
 - Hinchazón (edema) de manos y cara
 - Contracción uterina dolorosa, que no calma
 - Dolor intenso en hipocondrio derecho o epigastrio (en barra)
- Salida de líquido por vagina (rotura de bolsa amniótica)
- Fiebre (calentura)
- Ausencia de movimientos fetales

SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL PARTO

- Hemorragia genital
- Retención placentaria
- Convulsiones (ataques)
- Salida de cordón o miembro por genitales
- Feto en mala posición

SEÑALES DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO

- Hemorragia genital
- Convulsiones (ataques)
- Fiebre (calentura)

SEÑALES DE TRABAJO DE PARTO

RECOMIENDE A LA EMBARAZADA QUE ACUDA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O SE CONTACTE CON LA PERSONA QUE ATENDERÁ EL PARTO SI PRESENTA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SEÑALES:

- Salida del tapón mucoso por vagina
- Contracciones uterinas dolorosas, cada 20 minutos o menos
- Salida de líquido por vagina (rotura de bolsa amniótica)



CONVERSAR CON LA EMBARAZADA Y LA FAMILIA SOBRE CÓMO PREPARARSE PARA EL PARTO, empleando el Plan de Parto y Nacimiento Seguros

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO SEGUROS

Mi nombre y apellidos: _____

Fecha probable de mi parto: _____

Llenando mi "Plan de parto y nacimiento seguros" nos preparamos para el momento del parto o en caso de que ocurra alguna emergencia.

¡Protejamos el derecho a la vida de cada recién nacido!



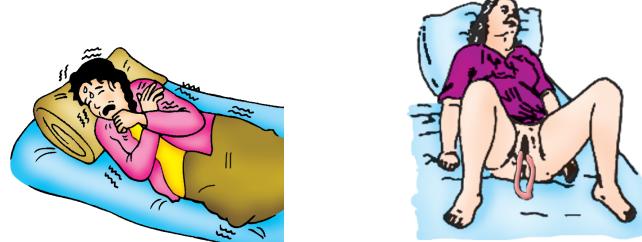
OPS / OMS, UNICEF, PROGRES, PROSPAL, Alianza por la Salud Maternal, Sociedad Boliviana de Pediatría, Save the Children

CARNET DE SALUD DE LA MADRE



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud y Deportes

Reconocer a tiempo las “SEÑALES DE PELIGRO” durante el embarazo, parto o postparto... puede salvar la vida de la madre y la de su bebé.



Fiebre (calentura)

Salida de cordón o miembro fetal por los genitales.

Si tiene algunas de estas “SEÑALES DE PELIGRO” durante el embarazo, parto o postparto... acuda al Centro de salud porque su vida o la de su hijo/a está en peligro.

BONO JUANA AZURDUY

REQUISITOS PARA INSCRIBIRSE EN EL BONO: Mujer embarazada hasta 7 días después del parto. Niño - niña menor de un año al momento de la inscripción, residir por lo menos un año en el Municipio correspondiente y no debe tener ningún otro seguro.

BENEFICIARIAS: La mujer en periodo de gestación que asista a todos los controles prenatales programados, y que tenga un parto institucional y control hasta 7 días después del parto.

Niño o niña que hasta los dos años tenga por lo menos 12 controles integrales de salud.

El beneficio recibido debe servir preferentemente para mejorar la alimentación de Ud. señora y de sus hijo/as. Ud. señora o titular de pago deben asistir a las reuniones educativas que programe con su Centro de Salud.

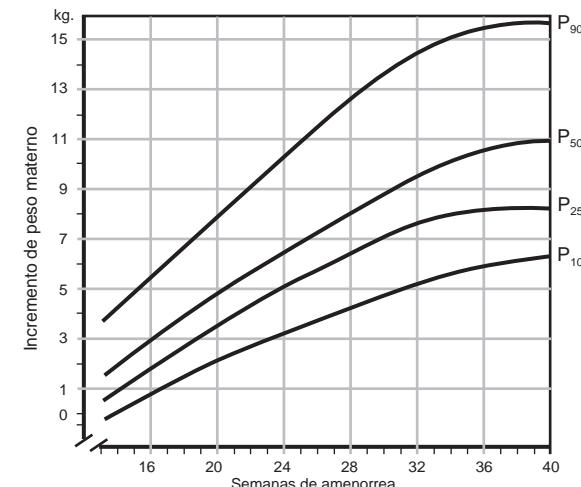
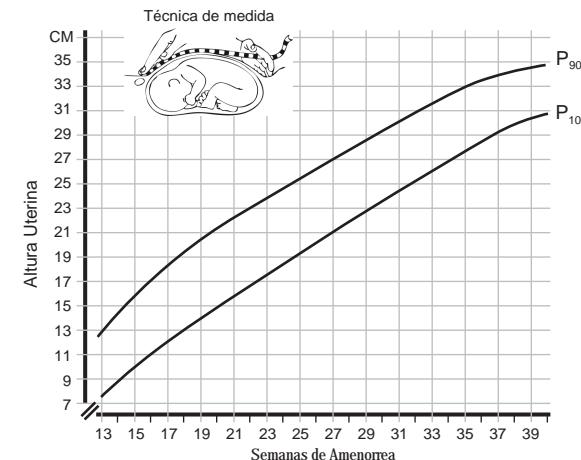
GRADUACIÓN DEL BONO: Cuando Ud. señora cumple sus controles prenatales, el parto institucional y el control después del parto.

PERDIDA DEL BONO: Entrega de información falsa que no corresponde a la realidad, inscripción al mismo tiempo en varios municipios, pérdida de embarazo, fallecimiento del niño o niña antes de los 2 años de edad.

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:.....

DEPARTAMENTO:..... MUNICIPIO



FECHA DE PARTO	/	/
FECHA DE VIGENCIA	/	/

FORMULARIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

**ANEXO 1
FORMULARIO N°1
REFERENCIA**

ESTABLECIMIENTO DEL QUE SE REFIERE			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO.....	RED MUNICIPAL SAFCI.....	UBICACIÓN.....	FECHA..... HORA.....
RED DE SERVICIOS.....	FECHA.....	HORA.....	
SE CONTACTO AL ESTABLECIMIENTO.....			
NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA.....			
FICHA DE IDENTIFICACION			
NOMBRE DEL PACIENTE.....	APELLIDO PATERNO.....	APELLIDO MATERNO.....	NOMBRES(S).....
DOMICILIO.....			
EDAD: años..... meses:.....	SEXO M() F()		
DATOS CLINICOS	SIG. VITALES:	F.C.....	F.R.....
T.A.....	TEMP.....		
RESUMEN.....			
RESULTADOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO.....			
TRATAMIENTO INICIAL.....			
DIAGNÓSTICOS			
a).....			
b).....			
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVÍA AL PACIENTE:.....		RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE REFIERE	
FIRMA _____	FIRMA_____		
MOTIVO DE REFERENCIA			
INTERCONSULTA.....	ESTUDIO DE GABINETE.....	ESTUDIO DE LABORATORIO.....	TRATAMIENTO.....
OTROS.....			
FECHA DE ENVÍO.....	HORA DE ENVÍO.....		
ACOMPAÑADO POR.....			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR.....		NIVEL.....	
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL PACIENTE.....			
FECHA DE RECEPCIÓN.....		HORA DE RECEPCIÓN.....	
MEDICO TRATANTE		RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR	
NOMBRE Y FIRMA		NOMBRE Y FIRMA	

**ANEXO 2
FORMULARIO N°2
RETORNO**

ESTABLECIMIENTO AL QUE RETORNA AL PACIENTE			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE RETORNA.....	RED MUNICIPAL SAFCI.....	UBICACIÓN.....	FECHA..... HORA.....
RED DE SERVICIOS.....	FECHA.....	HORA.....	
SE CONTACTO AL ESTABLECIMIENTO.....			
NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA.....			
FICHA DE IDENTIFICACION			
NOMBRE DEL PACIENTE.....	APELLIDO PATERNO.....	APELLIDO MATERNO.....	NOMBRES(S).....
DOMICILIO.....			
EDAD: años..... meses:.....	SEXO M() F()		
DATOS CLINICOS	SIGNS VITALES:	F.C.....	F.R.....
T.A.....	P.A.....	TEMP.....	
RESUMEN.....			
RESULTADOS DE LABORATORIO Y GABINETE.....			
TRATAMIENTO REALIZADO.....			
DIAGNOSTICOS DE ALTA			
a).....			
b).....			
c).....			
d).....			
DIAS DE ESTANCIA.....			
REFERENCIA: ADECUADA() INADECUADA() FUE INADECUADA POR.....			
RECOMENDACIONES			
a).....			
b).....			
c).....			
d).....			
MEDICO TRATANTE		RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
NOMBRE Y FIRMA		NOMBRE Y FIRMA	

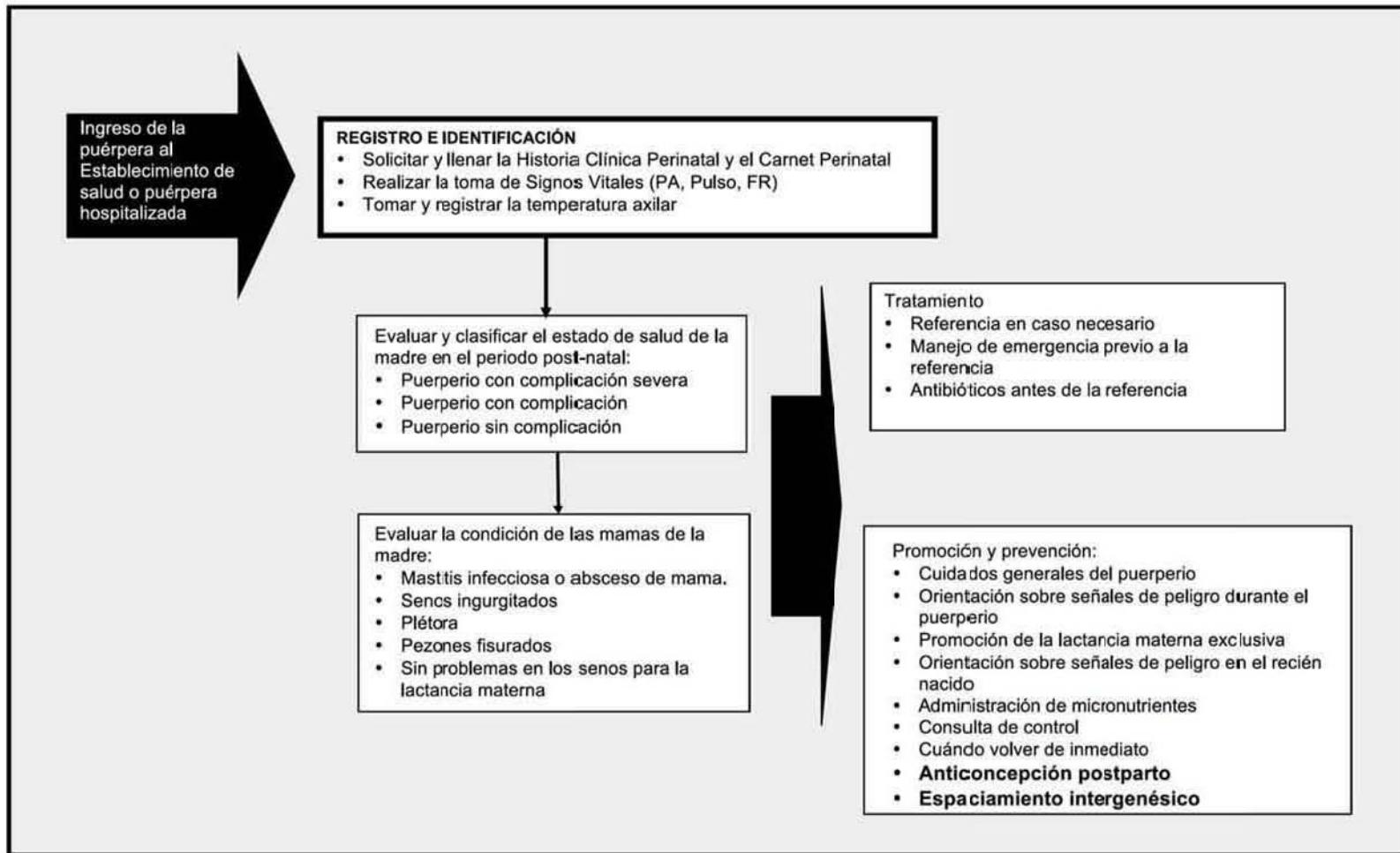
MANEJO DE EMERGENCIA FRENTA A COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

Complicación	Conducta
Amenaza de parto pretérmino, en caso de: <ul style="list-style-type: none"> Dilatación no mayor de 3 cm. Ausencia de amnionitis, preeclampsia severa, hemorragia genital activa, sufrimiento fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> Reposo en cama Si existe infección urinaria, iniciar tratamiento Tocolisis: <ul style="list-style-type: none"> Antiprostaglandínicos (INDOMETACINA, SUPOSITORIOS) 100 mg por vía rectal cada 24 horas, por 3 días (máxima dosis), hasta las 32 semanas de gestación. Inductores de la maduración pulmonar fetal (entre las 24 y 34 semanas de gestación). <ul style="list-style-type: none"> Betametasona en dos dosis VIM de 12 mg, separadas por 24 horas. REFERIR AL HOSPITAL
Rotura prematura de membranas (RPM) Flujo genital acuoso abundante o intermitente Si el embarazo es de término y: <ul style="list-style-type: none"> Temperatura axilar mayor de 38,5 °C, Piel caliente Salida de líquido con mal olor por genitales 	<p>Si el embarazo es de menos de 37 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si no hay señales de infección (flujo acuoso, no fétido, no tiene fiebre): Administre antibióticos : Eritromicina 500 mg VO cada 6 horas por 7 a 10 días. Referir al hospital <p>Si el embarazo es de < 35 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> Betametasona 12 mg VIM, dos dosis con intervalo de 24 horas Canalice una vía y administre suero fisiológico o Ringer lactato 1000 ml a 30 gotas X'. Administre ampicilina (1 g VEV c/6 horas) y gentamicina (240 mg VIM c/24 horas) Referir al hospital <p>Si el parto es inminente, atienda el mismo y refiera a la madre y al recién nacido al hospital</p> <p>Si la PA sistólica es < 90 mm Hg, sospechar choque:</p> <ul style="list-style-type: none"> Canalice una vía y administre suero fisiológico o Ringer lactato 1000 ml a chorro Referir al hospital
Parto obstruido <ul style="list-style-type: none"> Situación transversa. Contracciones uterinas intensas. Signos de imminencia de rotura uterina. Parto prolongado (> 24 horas). Maniobras de Leopold que evidencian ausencia de polo en hipogastrio. FCF se ausulta por encima del ombligo. 	<ul style="list-style-type: none"> Canalice una vía y administre solución de Ringer lactato, 1000 ml a 30 gotas X'. Coloque una sonda Foley N° 16. Si la duración del parto es > 24 horas, administre antibióticos apropiados VIM / VEV. Referir al Hospital

La referencia debe ser realizada en compañía de un familiar, personal de salud y con la paciente canalizada y con vía venosa permeable

Complicación	Conducta
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO. Hipertensión y/o convulsiones (ataques)	BUSQUE AYUDA <ul style="list-style-type: none"> • Proteger a la mujer de caídas o que se haga daño. • Maneje la vía aérea • Al terminar la convulsión, coloque a la mujer en decúbito lateral izquierdo • Canalice una vía y administre sueros a 30 gotas X' • Administre: <ul style="list-style-type: none"> – Sulfato de Mg 4 g por VEV (bolo lento, en 5 a 10 min) – Solución Ringer lactato por VEV, 1000 ml + 10 g de Sulfato de Mg a la solución, a 33 gotas X' • Administre antihipertensivos: <ul style="list-style-type: none"> – Nifedipino 10 mg por vía oral cada 4 a 6 horas, o – Hidralazina 5 mg VEV lenta cada 20 minutos hasta controlar la PA. Repita cada hora según necesidad (No superar 5 dosis). • Referir al Hospital
PREECLAMPSIA SEVERA <ul style="list-style-type: none"> • PA diastólica ≥ 110 mm Hg y proteinuria (+++), O • PA diastólica ≥ 90 mm Hg en 2 lecturas • Proteinuria (++) • Signos de vasoespasmo: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor de cabeza severo - Visión borrosa - Dolor epigástrico - Zumbido de oídos 	<ul style="list-style-type: none"> • Administre sulfato de Mg • Sulfato de Mg 4 g por VEV (bolo lento, en 5 a 10 min) • Solución Ringer lactato por VEV, 1000 ml + 10 g de Sulfato de Mg a la solución, a 33 gotas X' • Administre antihipertensivos: <ul style="list-style-type: none"> – Nifedipino 10 mg por vía oral cada 4 a 6 horas, o – Hidralazina 5 mg VEV lenta cada 20 minutos hasta controlar la PA. Repita cada hora según necesidad (No superar 5 dosis). • Revise el plan de parto ya que debiera interrumpirse el embarazo en las primeras 24 horas • Referir al Hospital
PREECLAMPSIA NO SEVERA <ul style="list-style-type: none"> • PA diastólica 90 - 110 mm Hg en 2 lecturas • Proteinuria (++) 	<ul style="list-style-type: none"> • Revise el plan de parto • Administre Alfametildopa 500 mg VO c/6 hrs. • Referir al Hospital • Si no puede referir, maneje como preeclampsia severa
HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO <ul style="list-style-type: none"> • PA diastólica 90 - 110 mm Hg en 2 lecturas • Sin proteinuria 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomiende mayor reposo • Oriente sobre señales de alarma • Reexamine en el siguiente control prenatal o en 1 semana si el embarazo es > de 8 meses • Si la hipertensión persiste, referir al Hospital

ATENCIÓN POST-NATAL A LA MADRE: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



ATENCIÓN POSTNATAL A LA MADRE

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 13: EVALUAR Y CLASIFICAR EL ESTADO DE SALUD DE LA MADRE EN EL PERÍODO POSTNATAL

La HCPB es útil para la evaluación del puerperio de la madre	
PREGUNTAR	OBSERVAR, PALPAR, DETERMINAR
<ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene fiebre? ¿Tiene sangrado genital (por la vagina)? ¿Tiene dolor de cabeza intenso? ¿Presenta o ha presentado visión borrosa? ¿Tiene dolor abdominal intenso? ¿Ha presentado ataques? ¿Cómo está el estado de ánimo? (Señales de depresión: agitación e irritabilidad, disminución del apetito, dificultad para concentrarse o pensar, sentimiento de inutilidad o culpa, aislamiento social, pérdida de energía, sentimientos negativos hacia el bebé, pensamientos de muerte o suicidio, dificultad para dormir) 	<ul style="list-style-type: none"> Temperatura axilar Presión arterial Frecuencia cardíaca Palidez cutánea y palmar Sangrado por vagina Salida de restos placentarios Características de los loquios Estado del perineo y/o suturas (si se realizó episiotomía) Depresión (Severa: tiene pensamientos de muerte o suicidio y uno o más de las otras señales de depresión)

CLASIFICAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
	<p>Una o más de las siguientes señales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Palidez intensa de piel y mucosas Sangrado abundante por vagina Hipotensión y/o taquicardia Fiebre Salida de restos placentarios Salida de loquios con mal olor Hipertensión Visión borrosa Dolor abdominal intenso Ataques (convulsiones) Tristeza o llanto fácil o inactividad, por más de 2 semanas 	PUERPERIO CON COMPLICACIÓN SEVERA	<ul style="list-style-type: none"> Referir URGENTEMENTE al hospital, luego de haber estabilizado a la paciente y haber iniciado tratamiento específico
	<p>Una o más de las siguientes señales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Palidez de piel y mucosas Sutura de episiotomía con dehiscencia o signos de infección Sutura de cesárea (si hubiera) con signos de infección Tristeza o llanto fácil por menos de 2 semanas Enfermedad obstétrica en tratamiento (preeclampsia, eclampsia, etc.) Enfermedad sistémica en tratamiento 	PUERPERIO CON COMPLICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Continuar la vigilancia a la madre después del parto Brindar cuidados generales en el est. de salud (Pág. 72) Curar la sutura del perineo o cesárea e iniciar o continuar antibióticos (Pág. 76) Brindar apoyo emocional Dar hierro durante 90 días (Pág. 42) Dar Vitamina A 200.000 UI si no la recibió después del parto Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> Lactancia materna exclusiva (Pág. 86) Señales de peligro durante el puerperio. (Pág. 64) Cuándo volver de inmediato. (Pág. 73) Cuidados generales en el postparto incluyendo el aseo perineal. Anticoncepción postparto. (Pág. 29) Señales de peligro en el recién nacido. (Pág. 87) Cuidados generales del recién nacido. (Pág. 87) Indicar que vuelva para control en 2 días
	<ul style="list-style-type: none"> No presenta ninguna de las señales anteriores 	PUERPERIO SIN COMPLICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Vigilar a la madre después del parto (Pág. 72) Brindar cuidados generales en el est. de salud (Pág. 72) Dar hierro durante 90 días (Pág. 42) Dar Vitamina A 200.000 UI si no la recibió después del parto Indicar cuándo volver de inmediato (Pág. 73) Indicar cuándo volver a control (Pág. 74) Conversar sobre el plan de emergencias para el postparto (Pág. 73) Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> Lactancia materna exclusiva (Pág. 86) Señales de peligro durante el puerperio (Pág. 64) Cuidados generales en el postparto incluyendo el aseo perineal. Anticoncepción postparto (Pág. 29) Señales de peligro en el recién nacido (Pág. 87) Cuidados generales del recién nacido. (Pág. 87) Indicar que vuelva para control en 2 días.

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 14: EVALUAR EN LA MADRE LA CONDICIÓN DE LOS SEÑOS

LUEGO, EVALUAR LA CONDICIÓN DE LOS SEÑOS EN TODAS LAS MUJERES PUÉPERAS		CLASIFICAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
PREGUNTAR	DETERMINAR, OBSERVAR				
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dolor al dar de mamar? • ¿Tiene fisuras o grietas en el pezón? • ¿Tiene algún otro problema para dar de mamar a su bebé? 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura axilar • Fisuras, grietas en el pezón • Pezones planos o invertidos • mamas hinchados, endurecidos, enrojecidos, adoloridos y/o con aumento de calor local <ul style="list-style-type: none"> - ¿Está afectado uno o ambos senos? • Presencia de nodulaciones duras o fluctuantes • Absceso dranado espontáneamente • Salida de pus o sangre por pezón • ¿La leche fluye de los pechos? 		<p>Una parte del seno está roja, hinchada, dura y tiene una o más de las siguientes señales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura axilar mayor a 38°C • Dolor intenso • Masa fluctuante en el seno afectado • Salida de pus 	MASTITIS INFECCIOSA O ABSCESO DEL SEÑO	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Si existe absceso fluctuante, realizar el drenaje y curación plana ➢ Dar antibióticos (Dicloxacilina 250 mg VO cada 6 h por 7 a 10 días) ➢ Dar Paracetamol, 500 mg en caso de dolor, máximo 4 veces al día ➢ Recomendar reposo ➢ Alentar a la madre para que continúe con la lactancia materna, iniciando con el pecho sano ➢ Colocar paños tibios antes de dar el seno ➢ Recomendar masajes suaves al seno afectado, desde la axila al pezón. ➢ Orientar y enseñar la posición correcta y el buen agarre para la lactancia (Pág. 86) ➢ Recomendar visita de seguimiento 2 días después ➢ Si los síntomas persisten o han empeorado, referir al hospital
			<p>La leche NO fluye normalmente y uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambos senos están rojos, brillantes, dolorosos • Fiebre 	SEÑOS INGURGITADOS	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Si el bebé no succiona, ayudar a la madre a que se extraiga la leche y le alimente empleando vaso ➢ Alentar a la madre para que continúe con la lactancia materna frecuente, al menos 10 veces en 24 horas ➢ Orientar y enseñar la posición correcta y el buen agarre para la lactancia (Pág. 86) ➢ Recomendarle que se coloque una compresa tibia en las mamas ➢ Recomendar masajes suaves de las mamas ➢ Ayudarla a que se relaje ➢ En ocasiones, una ducha caliente o un baño, logran que la leche fluya, haciendo que las mamas se suavicen ➢ Despues que el bebé ha mamado, colocar una compresa fría en las mamas. Esto ayuda a reducir el edema ➢ Reforzar la confianza de la madre ➢ Reevaluar dos días después
			<p>La leche fluye normalmente pero ambos senos están calientes, hinchados y endurecidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pueden existir algunas nodulaciones duras 	PLÉTORA	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Si el bebé no puede succionar, ayudar a la madre a que se extraiga la leche y le alimente empleando vaso ➢ Alentar a la madre para que continúe con la lactancia materna frecuente, al menos 10 veces en 24 horas ➢ Orientar y enseñar la posición correcta y el buen agarre para la lactancia (Pág. 86) ➢ Ayudarla a que se relaje ➢ Despues que el bebé ha mamado, colocar compresa fría en los senos ➢ Reforzar la confianza de la madre ➢ Reevaluar dos días después
			<p>Pezones rajados, agrietados o con fisuras y:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor durante la lactancia 	PEZONES FISURADOS	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Alentar a la madre para continuar con la lactancia materna las veces que pueda ➢ Orientar y enseñar la posición correcta y el buen agarre para la lactancia (Pág. 86) ➢ Colocar un poco de leche sobre el pezón al final de las mamadas ➢ Mantener el pezón y pecho seco para evitar infecciones. ➢ Cambiar de posición para dar de mamar ➢ Reevaluar dos días después
			<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno de las anteriores señales 	SIN PROBLEMAS EN LOS SEÑOS	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Alentar a la madre para que continúe con la lactancia materna frecuentemente, al menos 10 veces en 24 horas ➢ Reforzar ventajas de la lactancia materna y la adecuada posición y agarre (Pág. 86)

Es importante evaluar la lactancia materna (agarre y posición) a todas las mujeres que acuden al control postnatal y tienen un hijo/a vivo/a

VIGILANCIA DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO

Usar esta tabla para la vigilancia continua de la madre después del parto y hasta su alta del establecimiento de salud

VIGILAR A LA MADRE CADA 15 MINUTOS DURANTE DOS HORAS DESPUÉS DEL PARTO	LUEGO DE LAS DOS HORAS, VIGILAR A LA MADRE CADA 4 HORAS MIENTRAS PERMANEZCA EN EL SERVICIO
<ul style="list-style-type: none">• Vigilar signos vitales: Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial• Evaluar si el útero está duro y con globo de seguridad• Vigilar la cantidad de sangrado genital y si presenta salida de restos placentarios• Vigilar si presenta:<ul style="list-style-type: none">- Fiebre- Dolor abdominal intenso- Ataques (convulsiones)• Vigilar la episiotomía (si se realizó)• Vigilar otros problemas: Color de la piel, retención de orina (globo vesical, etc.)• Asegurar el bienestar y comodidad de la madre	<ul style="list-style-type: none">• Vigilar signos vitales: Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial• Evaluar si el útero está duro y con globo de seguridad• Vigilar la cantidad de sangrado genital y si presenta salida de restos placentarios• Vigilar si presenta:<ul style="list-style-type: none">- Fiebre- Dolor abdominal intenso- Ataques (convulsiones)• Verificar si la madre orinó• Vigilar otros problemas (Ej. dehiscencia de sutura de episiotomía, hematoma vulvar)
CUIDADOS GENERALES PARA LA MADRE EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ORIENTAR A LA MADRE SOBRE CUIDADOS GENERALES DEL PUEPERIO
<ul style="list-style-type: none">• Registrar los hallazgos, tratamientos y procedimientos en la historia clínica y el carnet de salud perinatal• Administrar una dosis de vitamina A, 200.000 UI• Administrar Sulfato Ferroso y Ácido fólico• Alentar a la madre a comer y tomar líquidos• En caso de que la puérpera lo solicite, permitir el consumo de líquidos calientes (caldo de gallina, sopa de cordero u otro de acuerdo a usos y costumbres)• Dar apoyo a la madre para la lactancia materna exclusiva.• Asegurar que la madre cuente con paños higiénicos (trapitos limpios) para el sangrado genital• Asegurar que la habitación esté caliente (25 °C) y/o abrigar a la madre• Invitar al familiar o acompañante a permanecer con la madre• Apoye a la madre en el lavado de los genitales con agua tibia• Aliente a la madre a caminar para facilitar la evacuación de loquios• Permita y apoye cualquier práctica tradicional que no afecte negativamente a la salud de la madre y del recién nacido y que le dé seguridad a la madre	<ul style="list-style-type: none">• Señales de peligro durante el puerperio• Señales de peligro del recién nacido/a• Alimentación variada• Debe continuar con la suplementación con hierro, durante 3 meses después del parto• Higiene: Lavado de manos, aseo genital• Descanso y evitar levantar cosas muy pesadas• Cuándo realizar sus controles postnatales• Orientar sobre:<ul style="list-style-type: none">- Cuidados generales de salud- Métodos anticonceptivos, anticoncepción y espaciamiento intergenésico.• Seguro de Salud, Bono Juana Azurduy• Inscripción al registro civil• Vacunas para el bebé• Plan de emergencias para el postparto

No olvide mantener a la madre y recién nacido/a juntos en la sala, sin separarlos

Si el post-natal transcurre sin complicaciones, dar de alta a la madre y a su recién nacido/a después de las 24 horas del parto y llenar los formularios de alta (para la madre y el recién nacido/a)

ORIENTAR SOBRE CUÁNDO VOLVER DE INMEDIATO SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL POSTPARTO (PUERPERIO)

*RECOMIENDE A LA PUÉRPERA QUE ACUDA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MÁS PRÓXIMO,
SIN DEMORA, DE DIA O NOCHE SI PRESENTA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SEÑALES DE PELIGRO*

- Sangrado por vagina.
 - Moja con sangre 2 o 3 paños cada media hora o
 - El sangrado se incrementa en vez de disminuir.
- Convulsiones (ataques).
- Dolor de cabeza intenso
- Visión borrosa.
- Fiebre.
- Dolor abdominal intenso.
- Dificultad respiratoria.
- Dolor en periné o salida de pus.
- Loquios fétidos.
- Problemas en las mamas (hinchazón, dolor, etc.).

CONVERSAR CON LA EMBARAZADA Y LA FAMILIA CÓMO PREPARAR UN PLAN DE EMERGENCIAS POSTNATAL

- ¿Dónde acudirá en caso de emergencia o en presencia de alguna señal de peligro?
- ¿Cómo llegará allí?
- ¿Cuánto costará la atención y el transporte?
- ¿Tiene dinero ahorrado o puede iniciar a ahorrarlo desde hoy?
- ¿Quién le acompañará durante el traslado?
- Si tiene otros niños, ¿quién los cuidará?

ORIENTAR A LA MADRE SOBRE CUÁNDO VOLVER EN EL PERÍODO POSTNATAL

Alentar a la madre para que acuda al establecimiento de salud CON EL RECIÉN NACIDO y hacerse acompañar con un familiar

ESQUEMA DE VISITAS DE CONTROL POSTNATAL

- Primer Control postnatal: 1-2 días después del parto o después del alta del establecimiento de salud.
 - Segundo Control: 3-6 días después del parto o después del alta del establecimiento de salud.
 - Tercer Control: entre el día 7 al 13 después del parto o después del alta del establecimiento de salud.
 - Cuarto Control: entre los días 14 al día 28 después del parto o después del alta del establecimiento de salud.
 - Orientar sobre los métodos de planificación familiar.
-
- Se recomienda que la madre realice 4 controles postnatales durante el mes posterior al parto
 - Si la madre no acude al menos a un control post-natal durante los primeros 7 días, se debe realizar VISITA DOMICILIARIA, para evaluar a la madre y al recién nacido o a la recién nacida
 - Si el parto ha ocurrido en domicilio, el personal de salud debe realizar el control post-natal a la madre y al recién nacido dentro de las primeras 24 horas del parto

CONSULTA POSTNATAL DE SEGUIMIENTO POR PROBLEMAS PUEPERALES

Si el problema es	Volver en
• Puerperio con complicación	2 días
• Problemas de lactancia	2 días
<ul style="list-style-type: none">• Si ha mejorado, completar el tratamiento• Si está igual o no mejoró REFERIR	

RECORDAR CÓMO TENER UNA BUENA COMUNICACIÓN:

PREGUNTAR – ESCUCHAR – ORIENTAR Y

VERIFICAR QUE ENTENDIÓ

**LA BASE DE UNA BUENA COMUNICACIÓN ES EL RESPETO
HACIA LA PERSONA Y A SUS HÁBITOS, USOS Y COSTUMBRES**

MANEJO DE EMERGENCIAS EN EL POSTNATAL, ANTES DE LA REFERENCIA AL HOSPITAL

Complicación	Conducta
TAQUICARDIA, HIPOTENSIÓN ARTERIAL, CHOQUE. <ul style="list-style-type: none"> • Piel fría y húmeda. • Pulso rápido y superficial. 	<p>Medir PA. Si la PA sistólica es <90 mmHg o pulso >110X':</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acueste a la mujer, eleve los miembros inferiores y posición decúbito lateral izquierdo. • Canalice una vena y administre rápidamente Solución de Rínger Lactato o Fisiológico, 1000 ml a chorro. Repetir en caso necesario. • Abrigue y mantenga la temperatura corporal. • Referir de urgencia al Hospital
HEMORRAGIA POSTPARTO El útero está blando, sin globo de seguridad (hipotonía o atonía uterina). <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia genital abundante, moja un paño en menos de 5 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ante signos de choque, iniciar tratamiento y referir al Hospital • Pida ayuda. • Valorar, pulso, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, llenado capilar, estado mental y gasto urinario. • Registre el pulso cada 15 minutos. • Mantenga a la PUÉRPERA recostada de lado. • Canalice doble vía venosa. Para la primera vía, administre 1000 cc de Solución de Rínger Lactato o suero Fisiológico con 20UI UI de oxitocina, a chorro. Mediante la segunda vía administre 1000 cc de Rínger lactato o suero fisiológico a 60 gotas por minuto • Realice masaje uterino hasta que se contraiga y administre oxitocina 10 UI VIM. • Vacíe la vejiga (cateterice si es necesario). • Administre uno de los siguientes medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> - Oxitocina 20 a 40 UI diluidas en 500 o 1000 ml de solución fisiológica a goteo continuo. - Ergometrina 0,2 mg IM (con presión arterial en valores normales, sin pre eclampsia) se puede repetir a los 15 o 20 minutos, continuar cada 2 a 4 horas, máximo cinco dosis. - Misoprostol 600 ug por vía oral (3 comprimidos), dosis única o Misoprostol 800 ug por vía rectal (4 supositorios), dosis única, según disponibilidad. • Referir de urgencia al Hospital

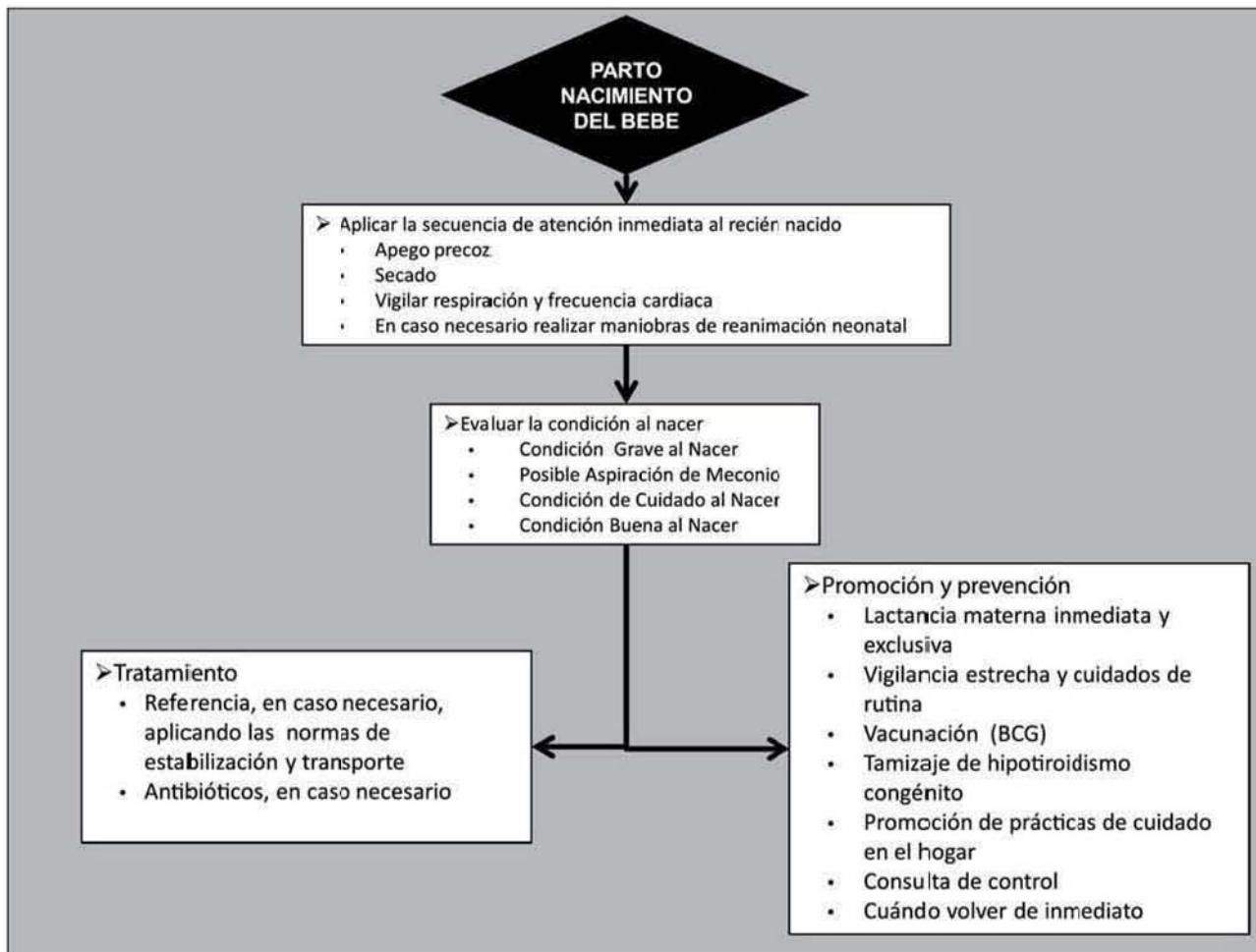
Complicación	Conducta
RETENCIÓN DE PLACENTA O RESTOS OVULARES.	<ul style="list-style-type: none"> • Si el útero está contraído, realice una tracción controlada. • Si no se tiene éxito y la hemorragia persiste, extrágala manualmente y revise la placenta. • Administre antibióticos VIM / VEV (ampicilina 2 g, 1 sola dosis) o ampicilina 1 g VO c/6 horas por 7 días. • Si no puede retirarse la placenta: <ul style="list-style-type: none"> • Refiera de urgencia al Hospital. <p>Durante la referencia continuar administrando Solución de Ringer lactato o Fisiológico, 1000 ml con 20 UI de oxitocina a 20 gotas X'.</p>
PLACENTA EXPULSADA Revise la placenta.	<p>Si la placenta está completa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masaje y expresión uterina, retirar coágulos. • Si el útero permanece relajado, ergometrina 0,2 mg VIM (No administrar a mujeres con preeclampsia o eclampsia diagnosticada). • Continúe administrando fluidos con 20 UI de oxitocina a 30 gotas X'. • Continúe con el masaje hasta lograr que el útero se contraiga. • Realice compresión uterina bimanual o compresión aórtica. <p>Si la placenta está incompleta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retire los restos placentarios (AMEU-LUI). • Administre antibióticos VIM / VEV (ampicilina 2 g, 1 sola dosis) o ampicilina 1 g VO c/6 horas por 7 días. • Si es imposible extraer la placenta: <ul style="list-style-type: none"> • Referir de urgencia al Hospital.
HEMORRAGIA POR DESGARRO PERINEAL O VAGINAL O HEMATOMA VULVAR.	<ul style="list-style-type: none"> • Determine el grado de desgarro: <p>Si es de tercer grado (compromete recto y ano):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir de urgencia al Hospital. • Para otros tipos de desgarro: aplique presión sobre el mismo con una compresa y haga que la mujer junte las piernas. • Evalúe 10 minutos después. Si el sangrado persiste, repare el desgarro. • Administre antibióticos VIM / VEV (ampicilina 2 g, 1 sola dosis) o ampicilina 1 g VO c/6 horas por 7 días. • Ante un hematoma vulvar, si está capacitado, drene el mismo y repare la lesión.
Infección puerperal <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre (Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$) que se produce más de 24 horas después del parto. - Malestar general - Dolor abdominal - Loquios con mal olor 	<ul style="list-style-type: none"> • Canalice una vía y administre suero a 30 gotas/min. • Si la T° $>38^{\circ}\text{C}$, administre antibióticos apropiados vía IM o vía EV. ampicilina 1 g VO c/6 horas por 7 días. • Si la T° $>38,5^{\circ}\text{C}$, loquios fétidos, o historia de rotura de membranas de 12 horas, además administre gentamicina 80 mg vía IM c/8 horas o 240 mg VIM cada 24 horas). • Si está capacitado y existen condiciones, realice legrado uterino instrumental/aspiración manual endouterina para retirar restos ovulares. • Referir de urgencia al Hospital.

ATENCIÓN INTEGRADA AL CONTINUO DEL CURSO DE LA VIDA

PARTE 3

**ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO/A Y AL
MENOR DE 2 MESES DE EDAD
(AIEPI Neonatal)**

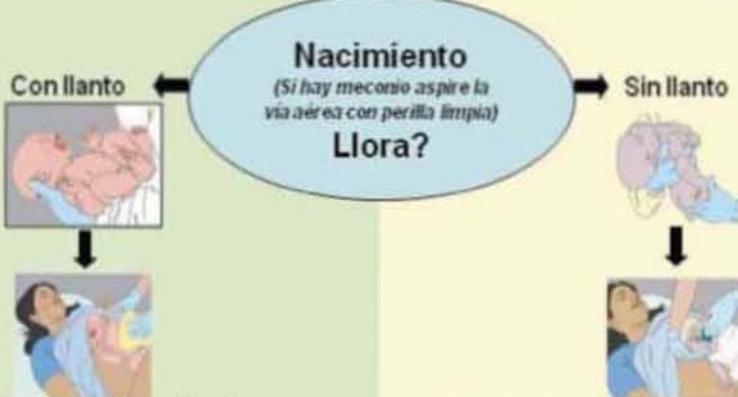
ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIEN NACIDO: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO/A

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 15: REALIZAR LA ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO/A Y EVALUAR LA NECESIDAD DE REANIMACIÓN

- > Antes del nacimiento identificar los factores de riesgo, empleando la Historia Clínica Perinatal y el Partograma (Pág. 45, 61)
- > Antes y después de tocar al recién nacido/a LAVARSE LAS MANOS con abundante agua limpia y jabón emplear guantes descartables
- > Antes del nacimiento, preparare el ambiente adecuado y el equipamiento necesario (Pág. 80)



1. Coloque al recién nacido/a sobre el abdomen de la madre, en contacto piel a piel (apego precoz)
2. Seque al recién nacido



3. Cambie la toalla y abriguelo
4. Vigile la respiración y frecuencia cardiaca
5. Ligue y corte el cordón cuando deje de latir.
2 a 3 minutos después del nacimiento



6. Premueva lactancia dentro de la primera hora del nacimiento
7. Aplique cuidados esenciales
8. Realice Alojamiento Conjunto
9. Vigile las primeras 24 a 48 horas de acuerdo a norma



1. Atienda al recién nacido/a sobre el abdomen de la madre
2. Aspire la vía aérea con perilla limpia (Especialmente si tiene meconio)
3. Estímule con secado enérgico

Respira Bien

Respira?



4. Corte el cordón rápidamente
5. Realice ventilación a presión positiva (durante 30 seg)



30 seg

1 minuto

Respira?
Frec. Cardiaca > 100?

SI

No



6. Corrija técnica de Ventilación
7. Continúe ventilando de acuerdo a norma
8. Considere masaje cardiaco, ó intubación

Referir URGENTEMENTE a un hospital de acuerdo a norma de estabilización y transporte

ANTES DEL NACIMIENTO, PREPARAR EL AMBIENTE APROPIADO Y TENER DISPONIBLES EL EQUIPO E INSTRUMENTAL NECESARIOS

- La temperatura del ambiente donde se atenderá el parto y al recién nacido debe ser templada (mayor a 24°C)
- Fuente de calor (estufa)
- Mesa de reanimación
- Al menos, dos toallas o campos secos y calentados
- Perilla de goma y sonda nasogástrica (ante la eventualidad de aspiración de líquido amniótico meconial y necesidad de referencia)
- Ambú neonatal con mascarilla neonatal (de diferentes tamaños)
- Estetoscopio pediátrico
- Fuente de oxígeno
- Guantes descartables estériles
- Jabón, agua segura y cepillo para lavarse las manos
- Reloj con segundero
- (*Si hay personal capacitado para colocar tubo endotraqueal: Laringoscopio, hojas y tubos endotraqueales neonatales*)

LA PERSONA QUE VA ATENDER AL RN DEBE ESTAR CAPACITADA EN ATENCIÓN INMEDIATA Y REANIMACIÓN NEONATAL

PUNTOS CRÍTICOS PARA LA REANIMACIÓN NEONATAL BÁSICA

- Los primeros 30 segundos deben estar dedicados a la estabilización del recién nacido; esto incluye : Evitar la pérdida de calor o hipotermia (colocar al recién nacido en contacto piel a piel con su madre y secado (evita perdida de calor y lo estimula))
- Si a los 30 segundos el recién nacido no respira ni llora, se procede a la **ventilación a presión positiva** empleando el ambú neonatal
- Para la ventilación NO se debe emplear oxígeno al 100%
- La **frecuencia de ventilación** es de 40 a 60 ventilaciones por minuto
- Se debe tener cuidar que la mascarilla esté bien colocada (cubriendo boca y nariz con cierre hermético), la cabeza esté en posición neutra y que la ventilación sea efectiva (el tórax debe elevarse/expandirse con cada ventilación)
- La ventilación debe ser realizada durante 30 segundos
- Al final de los 30 segundos, se debe evaluar la respiración y el latido cardiaco. Hasta este punto ha transcurrido el **MINUTO DE ORO**
- Si **no respira o respira mal** (*gasping* o boqueo) y si la frecuencia cardiaca es menor a 100 latidos/minuto, se debe iniciar el masaje cardiaco junto con la ventilación asistida
- La relación compresión/ventilación recomendada es de 3 compresiones torácicas por cada ventilación (3/1); es decir 90 compresiones y 30 ventilaciones por minuto
- La técnica de los 2 pulgares con las manos envolviendo el tórax es la de elección
- Suspender la reanimación neonatal si después de 20 minutos de aplicación correcta de maniobras, la frecuencia cardiaca es 0 y comunicar a los familiares el fallecimiento del bebé.

CUIDADOS PARA MANTENER VÍA AÉREA PERMEABLE

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

VALORACIÓN DE LA DIFICULTAD RESPIRATORIA DETERMINAR LA DIFICULTAD RESPIRATORIA (Silverman-Andersen)

SIGNO	0	1	2
MOVIMIENTOS TORACO-ABDOMINALES	Rítmico y regular	Tórax inmóvil abdomen en movimiento	Tórax y abdomen (sube y baja)
TIRAJE INTERCOSTAL	No	Discreto	Intenso y constante
RETRACCIÓN XIFOIDEA	No	Discreta	Notable
ALETEO NASAL	No	Discreto	Muy intenso
QUEJIDO ESPIRATORIO	No	Discreto	Constante e intenso

La puntuación de Silverman Andersen mide la severidad de la dificultad respiratoria:

- 5 puntos o más: dificultad respiratoria grave
- 3 a 4 puntos: dificultad respiratoria moderada
- 1 a 2 puntos: dificultad respiratoria leve
- 0 puntos: sin dificultad respiratoria

OXIGENOTERAPIA CÓMO ADMINISTRAR OXÍGENO A FLUJO LIBRE

- Se debe administrar oxígeno a flujo libre al recién nacido/a que presenta:
 - Cianosis generalizada
 - Dificultad para respirar (Silverman- Andersen igual o mayor a 3 puntos)
- Forma de administración: Catéter nasal, flujo de 0,5 litro/min.
 - Antes de colocar el catéter nasal, limpiar con cuidado las fosas nasales
 - Medir el catéter nasal desde el ala de la nariz hasta el borde interno de la ceja
 - Verificar continuamente que la punta del catéter no se ha obstruido
 - Si el niño se vuelve rosado, reducir gradualmente el flujo de oxígeno hasta conseguir el flujo mínimo necesario para que se mantenga rosado
 - Usar siempre catéter nasal limpio

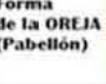
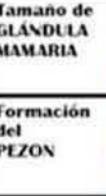
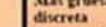
La excesiva administración de oxígeno a un recién nacido/a prematuro puede provocarle ceguera



CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 16: EVALUAR LA CONDICIÓN AL NACER

PREGUNTAR	DETERMINAR, OBSERVAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hubo rotura prematura de membranas mayor a 12 horas? • ¿La madre presenta fiebre? • ¿La madre presentó flujo genital con mal olor? • ¿Hubo meconio en el líquido amniótico? • ¿El recién nacido ha sido reanimado, empleando maniobras de reanimación neonatal? 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria (usando la escala de Silverman Andersen) (Pág. 81) • Color de la piel: • Cianosis generalizada • Palidez intensa • Verificar presencia de: • Malformaciones • Traumas • Peso al nacer • Valorar la edad gestacional (Capurro) (Pág. 83) 	<p>EL RN presenta uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RPM mayor a 12 horas • Madre con flujo genital fétido • Antecedente de reanimación neonatal • Dificultad respiratoria moderada o severa • Cianosis generalizada • Palidez intensa • Peso < 2000 g • Edad gestacional menor a 37 semanas • Malformaciones congénitas mayores • Traumas severos durante el nacimiento 	CONDICIÓN GRAVE AL NACER	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Administrar OXÍGENO, si tiene dificultad respiratoria o cianosis generalizada ➢ Nada por boca, si tiene dificultad respiratoria ➢ Dar la Primera Dosis de Antibióticos apropiados en caso de: <ul style="list-style-type: none"> - Rotura de membranas (Pág. 95) - Flujo genital con mal olor (Pág. 95) ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital según normas de estabilización y transporte (Pág. 93) ➢ Mantener al RN abrigado en el trayecto al hospital
CUIDADOS GENERALES DURANTE LA ATENCIÓN AL RECÍEN NACIDO		<p>EL RN presenta ALGUNO DE LOS SIGNOS ANTERIORES Y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Líquido amniótico con meconio 	POSSIBLE ASPIRACIÓN DE MECONIO	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Administrar OXÍGENO (Pág. 81) ➢ Dar la Primera Dosis de Antibióticos apropiados (Pág. 95) ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital según normas de estabilización y transporte (Pág. 93)
<p>Antes y después de tocar al recién nacido/a LÁVESE LAS MANOS con agua, jabón y solución antiséptica</p> <p>Mantenga al recién nacido siempre en un ambiente caliente para evitar el enfriamiento (hipotermia)</p> <p>La temperatura axilar de un recién nacido debe estar entre 36.5 a 37.2 °C</p> <p>Aplique a todo RN los cuidados esenciales y rutinarios después de clasificar y tratar</p>		<p>Uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso entre 2.000 a 2.500 g • Peso mayor a 3.800 g • Fiebre materna • Dificultad respiratoria leve • Antecedentes de riesgo perinatal • Trauma leve 	CONDICIÓN DE CUIDADO AL NACER	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Vigilar al recién nacido durante las primeras 24-48 horas de vida ➢ Mantener al recién nacido junto con su madre ➢ Aplicar los cuidados esenciales y rutinarios al RN (Pág. 84) ➢ Orientar a la madre sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia Materna Exclusiva (Pág. 87) - Cuicados del RN en el hogar (Pág. 87) ➢ Enviar a su domicilio, junto con la madre una vez que cumpla los criterios de alta (Pág. 85) ➢ Indicar cuándo volver de inmediato (Pág. 87) ➢ Recomendar a la madre volver a consulta de seguimiento a las 24 h, o realizar visita domiciliaria
		<ul style="list-style-type: none"> • No presenta ninguno de los signos anteriores 	CONDICIÓN BUENA AL NACER	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Vigilar al recién nacido durante las primeras 24-48 horas de vida ➢ Mantener al recién nacido junto con su madre ➢ Aplicar los cuidados esenciales y rutinarios al RN (Pág. 84) ➢ Orientar a la madre sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia Materna Exclusiva (Pág. 87) - Cuicados del RN en el hogar (Pág. 87) ➢ Realizar tamizaje de hipotiroidismo congénito (Pág. 84) ➢ Indicar cuándo volver de inmediato (Pág. 87) ➢ Recomendar a la madre volver a consulta de seguimiento a los 2 días

VALORACIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO/A DIAGNÓSTICO DE EDAD GESTACIONAL (método de CAPURRO)

Signos físicos y características					Puntaje								
Forma de la OREJA (Pabellón)	 Apinada, sin incurvación	 Borde superior ligeramente incurvado	 Todo el borde es incurvado	 Pabellón totalmente incurvado	0 5 10 15 24								
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	 No palpable	 Palpable masas de 5 mm.	 Palpable entre 5 y 10 mm.	 Palpable masas de 10 mm.	0 5 10 15								
Formación del PEZON	 Areolas planas sin areola	 Caudete mediano de 7.5 mm. Areola lisa y plana	 Caudete largo de 7.5 mm. Areola prominida	 Caudete largo de 7.5 mm. Areola prominida	0 5 10 15								
TEXTURA de la PIEL	Muy fina gelatinosa	Fina lisa	Mat grueta discreta descamación superficial	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies	0 5 10 15 20								
PLIEGUES PLANTARES	 Sin pliegues	 Marcas mal definidas en la mitad anterior	 Marcas bien definidas en la 1/3 anterior, faltas en 1/3 anterior	 Sujos en la mitad anterior	 Sujos en más de la mitad anterior	0 5 10 15 20							
						Puntaje Parcial _____							
CALCULO Se suman los valores de cada signo físico, lo que da un puntaje parcial. Luego se aplica la siguiente fórmula:						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Postmaduro</td> <td style="padding: 2px;">42 semanas o más</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">A término</td> <td style="padding: 2px;">37 a 41 semanas</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Prematuro</td> <td style="padding: 2px;">36 semanas o menos</td> </tr> </table>		Postmaduro	42 semanas o más	A término	37 a 41 semanas	Prematuro	36 semanas o menos
Postmaduro	42 semanas o más												
A término	37 a 41 semanas												
Prematuro	36 semanas o menos												
<u>Puntaje parcial + 204</u>													
7													

CUIDADOS ESENCIALES Y RUTINARIOS DEL RECIÉN NACIDO/A EN EL SERVICIO DE SALUD

- Lavarse la manos con agua y jabón antes y después de tocar al recién nacido/a
- El recién nacido activo, con llanto enérgico y con buen tono muscular, debe recibir los cuidados inmediatos sobre el abdomen de su madre
- Realizar apego precoz inmediatamente después de nacer
- Esperar unos 3 minutos antes de ligar y cortar cordón umbilical con un instrumento esterilizado, o esperar hasta que haya dejado de pulsar, dependiendo de lo que ocurra primero
- Iniciar la lactancia materna durante los primeros 60 minutos después de nacer
- Enseñar a la madre la posición correcta y el buen agarre al seno para la lactancia materna
- Aplicar antibiótico oftálmico en ambos ojos
- Administrar vitamina K 1 mg (0,5 mg en menor de 1500 g), intramuscular en tercio superior externo del muslo
- Examinar al bebé en un ambiente abrigado
- Tomar y registrar la **temperatura axilar**
- Pesar al recién nacido/a y medir la longitud
- Administrar vacuna BCG
- Realizar tamizaje de hipotiroidismo congénito
- Enseñar a la madre como mantener limpio y seco el cordón umbilical, sin colocarle ninguna sustancia
- Esperar 24 horas después del nacimiento, para darle al recién nacido/a su primer baño

TAMIZAJE DE HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO (entre tercer y quinto día de vida)



1. Anote todos los datos en la tarjeta antes de tomar la muestra
2. Caliente el talón durante 2 o 3 minutos en agua tibia a 41°C, ó mediante masaje
3. Limpie el área del talón con gasa impregnada en alcohol y seque con gasa estéril
4. Puncione en una de las partes laterales del talón (ver figura izquierda)
5. Limpie la primera gota de sangre con gasa estéril
6. Deje caer libremente una gota de sangre sobre cada círculo de la tarjeta, de papel S&S 903, las dos carillas deben estar impregnadas, no toque el papel con la mano o con cualquier solución (ver figura derecha)
7. Deje secar en lugar fresco sobre una superficie plana por tres horas
8. Guarde y almacene cada muestra en sobre de papel y protegida de la luz directa, en papel de aluminio a temperatura de refrigeración por un período no mayor a ocho semanas
9. Remita las muestras, debidamente etiquetadas al laboratorio de tamizaje

VIGILANCIA DEL RECIÉN NACIDO/A EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DURANTE LAS PRIMERAS 24-48 HORAS DE VIDA

<p>CONDICIÓN BUENA AL NACER VIGILAR AL MENOS UNA VEZ*</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Temperatura: hipotermia o fiebre➤ Color de la piel: cianosis o palidez➤ Dificultad respiratoria: Silverman-Andersen➤ Problemas de alimentación: Succión débil o no mama➤ Sangrado del cordón <p>*SI APARECE UNO DE ESTOS SIGNOS, ATIENDA SEGÚN PROTOCOLO Y REFIERA URGENTEMENTE EN CASO DE QUE EL RN NO MEJORE, PREVIA ESTABILIZACIÓN</p> <p>DURANTE LA PERMANENCIA DE LA MADRE Y DEL RECIEN NACIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:</p> <ul style="list-style-type: none">• EL PERSONAL DE SALUD DEBE ENSEÑAR A LA MADRE LA POSICIÓN Y EL AGARRE CORRECTOS PARA UN BUEN AMAMANTAMIENTO (VER PÁG. SIGUIENTE).• EL PERSONAL DE SALUD DEBE ADMINISTRAR LA VACUNA BCG AL RECIEN NACIDO (Pág. 92)	<p>CONDICIÓN DE CUIDADO AL NACER VIGILAR CADA 2 HORAS</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Temperatura: hipotermia o fiebre➤ Color de la piel: cianosis o palidez➤ Dificultad respiratoria: Silverman-Andersen➤ Problemas de alimentación: Succión débil o no mama➤ Sangrado del cordón <p>EL RECIÉN NACIDO CON CLASIFICACIÓN DE 'CUIDADO AL NACER', PUEDE SER ENVIADO AL HOGAR (CRITERIOS DE ALTA) CUANDO EN LOS ÚLTIMOS 4 CONTROLES (CADA 2 HORAS):</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Mantiene la temperatura axilar en valores normales (entre 36.5 y 37.9 °C)➤ Está rosado➤ No presenta ningún signo de dificultad respiratoria➤ Succiona bien➤ Presenta micción (diuresis) y evacuaciones intestinales➤ No tiene otros problemas➤ Realizar control al día siguiente del alta, en el establecimiento de salud o realizar visita domiciliaria
--	---

ORIENTAR A LA MADRE SOBRE LA LACTANCIA MATERNA INMEDIATA Y EXCLUSIVA

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

➤DAR CALOSTRO

El calostro:

Es la primera leche que se produce hasta aproximadamente los tres días después del parto

Se produce en poca cantidad, pero es suficiente para la alimentación del recién nacido/a

- Protege contra infecciones respiratorias e intestinales
- Protege contra alergias
- Ayuda a eliminar el meconio
- Ayuda a prevenir la ictericia
- Ayuda a madurar el intestino



➤DAR SOLAMENTE LECHE MATERNA

La producción de la leche materna se incrementa partir del tercer día después del parto y es suficiente para la alimentación del recién nacido/a hasta los 6 meses

Sus ventajas son:

- Tiene nutrientes adecuados
- Es fácilmente digerible
- Protege contra infecciones respiratorias e intestinales
- Está lista para su administración
- Favorece el vínculo madre - hijo
- Ayuda a retrasar un nuevo embarazo
- Protege la salud de la madre y del recién nacido

LA MADRE NO DEBE EMPLEAR BIBERÓN PARA DAR LA LECHE MATERNA, NI EMPLEAR CHUPONES O CHUPETES YA QUE ALTERAN EL PATRÓN DE SUCCIÓN DEL BEBÉ Y PUEDEN PROVOCAR INFECCIONES

➤AMAMANTAR EN POSICIÓN ADECUADA

Mostrar a la madre cómo debe sostener al recién nacido durante la lactancia

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



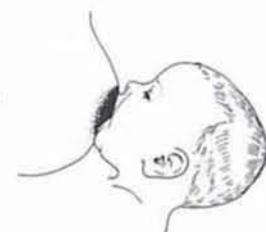
La madre también puede dar el pecho en otras posiciones; por ejemplo: 'de echada'

➤FACILITAR UN BUEN AGARRE DEL SEÑO

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

➤ENSEÑAR LOS SIGNOS DE BUEN AGARRE

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



ORIENTAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE SOBRE CUIDADOS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO/A (RN) EN EL HOGAR

➤ PREVENIR EL ENFRIAMIENTO (HIPOTERMIA)

- Vestir y/o abrigar al recién nacido/a
- Mantener la temperatura de la habitación caliente, sin corrientes de aire
- Si la habitación está fría o el recién nacido es pequeño cubrirle la cabeza con una gorra.
- Si el RN es menor a 37 semanas, o pesa menos de 2500 g o está frío colocarle en contacto **piel a piel con la madre**, usando la Técnica Canguro
- El RN debería dormir con la madre
 - Evitar el contacto del RN con superficies frías.
 - No bañarlo durante las primeras 24 horas de vida

➤ RECOMENDACIONES PARA LA TÉCNICA CANGURO



La técnica canguro es ideal para evitar que el recién nacido/a se enfrie o para calentarlo cuando está hipotérmico/a

Por lo tanto, es recomendable en casos de:

- Recién nacidos prematuros
- Para la referencia al hospital

• Para la técnica canguro, el recién nacido:

- Debe vestir gorra, medias, mitones y pañal
- Se acomoda entre los senos de la madre, el pecho del padre u otra persona, en posición vertical, con las piernas y brazos abiertos en posición de rana
- Tiene su mejilla apoyada en el tórax de la madre y mira de frente a uno de sus senos
- En esta posición, se le cubre con la misma ropa de la madre/padre
- Está asegurado a la madre/padre para mantener el contacto permanente piel a piel
- Después de cada lactada cambiar la posición de la cabeza hacia el otro seno

➤ ALIMENTACIÓN DEL RECIEN NACIDO/A

- Ofrecer lactancia materna exclusiva
- No dar ningún otro líquido ni leches artificiales
- El RN debe tomar pecho las veces que quiera, al menos 10 veces en 24 horas

➤ CUIDAR EL CORDÓN UMBILICAL

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

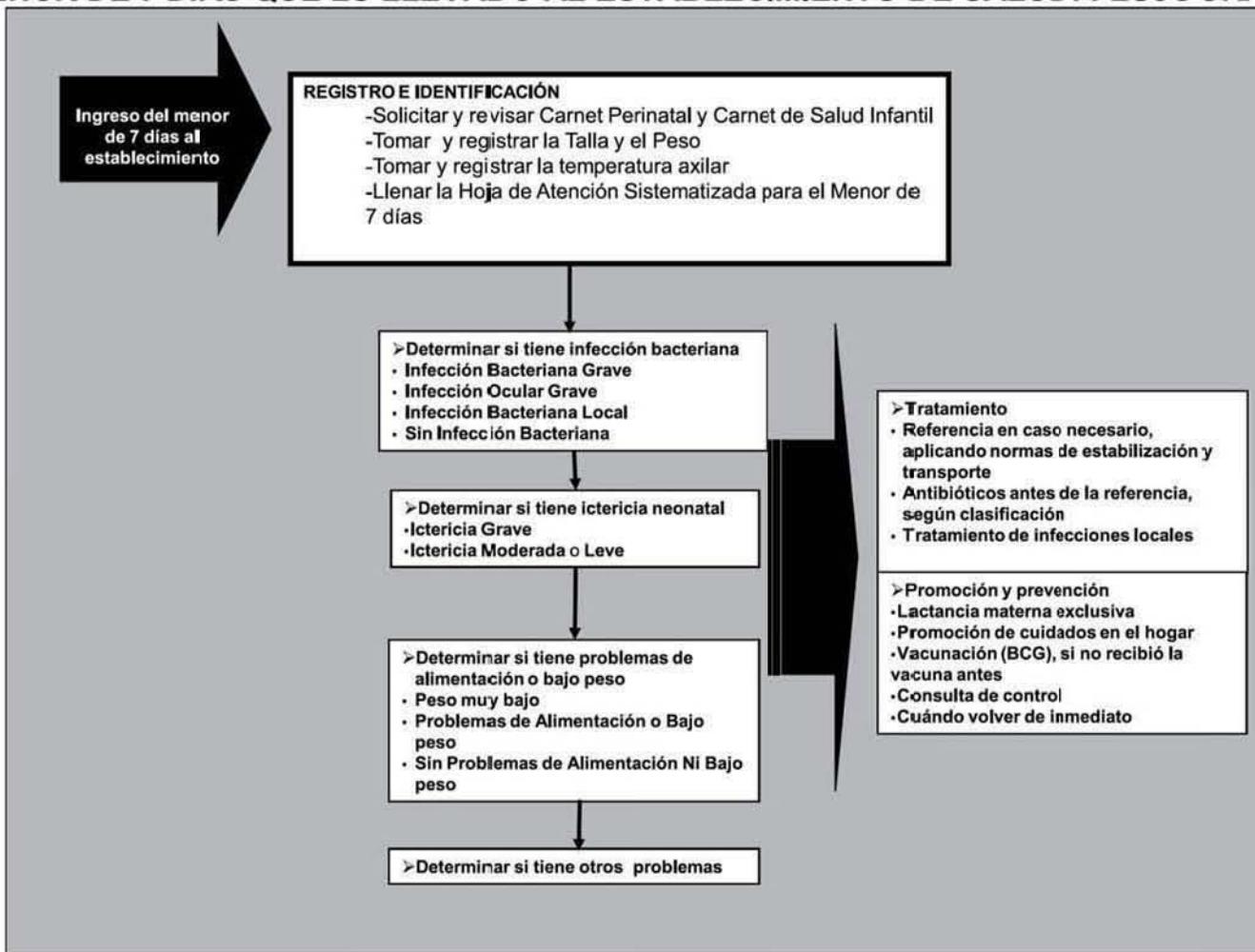
➤ CUIDADO DE LOS OJOS

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

➤ RECOMENDAR A LA MADRE QUE VUELVA DE INMEDIATO SI EL RN PRESENTA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE PELIGRO

- No puede mamar o mama mal
- Vomita todo lo que mama
- Tiene calentura o se pone frío
- Respira mal
- Se mueve poco o se ve mal (letárgico)
- Secreción purulenta en los ojos o el ombligo
- Sangre en las heces
- Está irritable
- Si presenta ictericia (se pone amarillo/a) o cianosis (se pone morado/a)

ATENCIÓN AL MENOR DE 7 DÍAS QUE ES LLEVADO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



ATENCIÓN AL MENOR DE 7 DÍAS QUE ES LLEVADO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 17: DETERMINAR SI TIENE INFECCIÓN BACTERIANA

PREGUNTAR	OBSERVAR, DETERMINAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • ¿El recién nacido/a tuvo convulsiones? (ataques) • ¿Puede mamar o succionar? • ¿Vomita todo lo que mama? • ¿Tiene sangre en las heces? 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para respirar <ul style="list-style-type: none"> - Contar la frecuencia respiratoria en un minuto - Repetir si el recuento es alto o bajo - Tiraje subcostal severo - Aleteo nasal - Quejido espiratorio • Fontanela abombada • Irritable • Ombligo enrojecido o con supuración <ul style="list-style-type: none"> - ¿El enrojecimiento se extiende a la piel? • Tomar la temperatura axilar o sentir al tacto <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre (mayor a 38°C) - Hipotermia (menor a 35.5°C) • Determinar el color de la piel: cianosis, palidez • Pústulas en la piel: <ul style="list-style-type: none"> - ¿10 ó más? - ¿Menos de 10? • Estado de conciencia: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Letárgico, inconsciente o hipoactivo? • Secreción ocular con o sin hinchazón de párpados • Peso <p style="margin-left: 200px;"><i>El bebé debe estar tranquilo/a</i></p>	<p>Uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones (ataques) • No puede mamar o succionar • Vomitó todo lo que mama • Tiene sangre en las heces • Respiración rápida o lenta • Tiraje subcostal severo • Aleteo nasal • Quejido espiratorio • Fontanela abombada • Enrojecimiento del ombligo que se extiende a la piel • Fiebre: temperatura axilar mayor a 38°C o muy caliente al tacto • Hipotermia: temperatura axilar menor a 35.5°C o muy frío al tacto • Cianosis generalizada o palidez intensa • Pústulas en la piel: 10 ó más • Letárgico, inconsciente o hipoactivo • Peso menor a 2,000 g • Secreción ocular CON hinchazón de párpados 	INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Administrar oxígeno si hay dificultad respiratoria o cianosis generalizada (Pág. 81) ➢ Dar la Primera Dosis de Antibiótico por vía intramuscular (Pág. 95) ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital, según normas de estabilización y transporte (Pág. 93)
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida: 60 o más por minuto • Respiración lenta: 30 o menos por minuto 		<p>Uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ombligo enrojecido o con supuración • Pústulas en la piel: menos de 10 • Secreción ocular SIN hinchazón de párpados 	INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Enseñar a la madre a tratar las infecciones locales en el hogar (Pág. 94) ➢ En caso de secreción ocular dar antibiótico oftálmico (Pág. 94) ➢ Orientar a la madre sobre lactancia materna exclusiva (Pág. 86) ➢ Orientar sobre cuidados generales del RN en el hogar (Pág. 87) ➢ Indicar cuándo debe volver de inmediato (Pág. 96) ➢ Recomendar que vuelva a control de seguimiento en 2 días
		<ul style="list-style-type: none"> • No presenta ninguno de los signos anteriores 	SIN INFECCIÓN BACTERIANA	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Orientar a la madre sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia Materna Exclusiva (Pág. 86) - Cuidados del RN en el hogar (Pág. 87) ➢ Verificar vacunas (Pág. 92) ➢ Indicar cuándo debe volver de inmediato (Pág. 96) ➢ Recomendar que vuelva a consulta de atención integral según cronograma (Pág. 96)

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 18: DETERMINAR SI TIENE ICTERICIA NEONATAL

PREGUNTAR	DETERMINAR, OBSERVAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO														
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Desde cuándo está amarillo (ictérico)? • ¿Lloró / respiró inmediatamente al nacer? • ¿Tiene antecedentes de reanimación neonatal? • ¿Ha tenido deposiciones <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuántas veces al día? • ¿Está orinando? <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuántas veces al día? • ¿Cuánto peso al nacer? 	<ul style="list-style-type: none"> • Zonas de ictericia: • Estado de Conciencia: letárgico, irritable • Determine: <ul style="list-style-type: none"> - Peso actual - Edad gestacional - ¿Hay hematomas en cualquier parte del cuerpo? • Estado de hidratación 	<p>Ictericia que llega hasta las zonas 4 ó 5 y uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de ictericia antes de 24 horas de vida • Letárgico o irritable • No lloró, no respiró inmediatamente al nacer • Antecedentes de reanimación neonatal • Ausencia de deposiciones desde el nacimiento • Ausencia de micción • Peso menor a 2500 g • Menor a 37 semanas de edad gestacional 	ICTERICIA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital, según normas de estabilización y transporte (Pág. 93) 														
<p>ZONAS DE ICTERICIA</p> <table> <tr> <td>ZONA 1. Ictericia de cabeza y cuello</td> <td>=</td> <td>6 mg/ dl</td> </tr> <tr> <td>ZONA 2. Ictericia hasta el ombligo</td> <td>=</td> <td>9 mg/ dl</td> </tr> <tr> <td>ZONA 3. Ictericia hasta las rodillas</td> <td>=</td> <td>12 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>ZONA 4. Ictericia hasta los tobillos</td> <td>=</td> <td>15 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>ZONA 5. Ictericia planter y palmar</td> <td>=</td> <td>18 mg/dl o más</td> </tr> </table>	ZONA 1. Ictericia de cabeza y cuello	=	6 mg/ dl	ZONA 2. Ictericia hasta el ombligo	=	9 mg/ dl	ZONA 3. Ictericia hasta las rodillas	=	12 mg/dl	ZONA 4. Ictericia hasta los tobillos	=	15 mg/dl	ZONA 5. Ictericia planter y palmar	=	18 mg/dl o más	<p>Ictericia que llega hasta zona 3 y uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene hematomas en cualquier parte del cuerpo • NO tiene otras señales de ictericia grave 	ICTERICIA	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Indicar a la madre que debe continuar dando el pecho a demanda y exclusiva ➢ Indicar a la madre sobre cuidados del RN en el hogar (Pág. 87) ➢ Indicar a la madre cuándo volver de inmediato (Pág. 87) ➢ Recomendar que vuelva a visita de seguimiento 1 día después
ZONA 1. Ictericia de cabeza y cuello	=	6 mg/ dl																
ZONA 2. Ictericia hasta el ombligo	=	9 mg/ dl																
ZONA 3. Ictericia hasta las rodillas	=	12 mg/dl																
ZONA 4. Ictericia hasta los tobillos	=	15 mg/dl																
ZONA 5. Ictericia planter y palmar	=	18 mg/dl o más																

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 19: DETERMINAR SI TIENE PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO

PREGUNTAR	DETERMINAR, OBSERVAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
• ¿El RN es alimentado/a con leche materna? Si la respuesta es SI: - ¿Cuántas veces en 24 horas? • ¿El RN recibe otros líquidos? Si la respuesta es SI: - ¿Cuáles y con qué frecuencia? - ¿Qué utiliza para darle otros líquidos?	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el peso Verificar si tiene: - Ulceras o placas blanquecinas en la boca (moniliasis oral) 	<ul style="list-style-type: none"> Peso menor de 2.000 g 	BAJO PESO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> Referir URGENTEMENTE al hospital, según normas de estabilización y transporte (Pag. 93)
EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO SI EL RECIÉN NACIDO/A:		<p>Peso de 2.000 g o más y uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se alimenta al pecho menos de 10 veces en 24 horas Recibe otros líquidos No tiene posición correcta ni buen agarre No recibe seno materno o leche materna Moniliasis oral (úlceras o placas blancas en la boca) El RN es alimentado con biberón y/o recibe chupón 	PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO	<ul style="list-style-type: none"> Recomendar a la madre que le dé el pecho las veces que el RN quiera (por lo menos 10 veces en 24 horas) Si el RN no agarra bien o no mama bien, enseñar a la madre la posición y el agarre correctos (Pag. 86) Recomendar que reciba lactancia materna exclusiva (Pag. 86) Si tiene moniliasis oral, enseñar a la madre cómo tratar en el hogar (Pag. 97) Orientar a la madre sobre cuidados del RN en el hogar (Pag. 87) Indicar cuándo volver de inmediato (Pag. 87) Recomendar que vuelva a visita de seguimiento 2 días después para ver problemas de alimentación o moniliasis Recomendar a ambos padres que pongan al bebé en contacto piel a piel (Madre Canguro) (Pag. 87)
		<p>Peso mayor a 2.500 g y:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ningún problema de alimentación 	SIN PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN NI BAJO PESO	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a la madre sobre: <ul style="list-style-type: none"> Lactancia Materna Exclusiva (Pag. 86) Cuidados del RN en el hogar (Pag. 87) Indicar cuándo debe volver de inmediato Verificar vacunas (Pag. 87) Recomendar que vuelva a consulta de atención integral según cronograma (Pag. 96)
	<i>Verificar el amamantamiento siguiendo las recomendaciones de Pág. 86</i>			

El recién nacido con Bajo Peso, requiere una atención muy cuidadosa y una vigilancia estrecha, es recomendable que los controles sean realizados con mayor frecuencia y, si es necesario, debe ser visitado en su hogar

**VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DEL RECIÉN NACIDO/A
MENOR DE 7 DIAS**

Vacuna	Enfermedad que previene	Edad en la que se aplica	Número de dosis
BCG	Tuberculosis	Al Recién nacido	1 dosis

EVALUAR OTROS PROBLEMAS: Malformaciones congénitas, trauma al nacer, lesiones cutáneas, madre VIH+, antecedentes de sífilis materna, madre con enfermedad de Chagas y otros que la madre refiera

**RECORDAR CÓMO TENER UNA BUENA COMUNICACIÓN CON LA MADRE
PREGUNTAR – ESCUCHAR – ELOGIAR – ACONSEJAR Y
VERIFICAR QUE LA MADRE ENTENDIÓ**

LA BASE DE UNA BUENA COMUNICACIÓN ES EL RESPETO HACIA LA PERSONA Y A SUS COSTUMBRES

NORMAS DE ESTABILIZACIÓN ANTES Y DURANTE EL TRANSPORTE DEL RECIÉN NACIDO/A

1. PREVENIR Y/O TRATAR LA HIPOTERMIA

- a) Envolver al recién nacido/a con paños limpios, tibios y secos, incluyendo la cabeza (colocar gorrito)
- b) Ponerle en contacto piel a piel (Técnica Canguro)
- c) Según disponibilidad utilizar cualquier fuente de calor: cuna radiante, caja de transporte, incubadora, u otros (según disponibilidad)

2. PREVENIR Y/O TRATAR LA HIPOGLUCEMIA

- a) Leche materna, Dextrosa al 5% o agua azucarada por vía oral o sonda orogástrica, 50 mL, administrados lentamente
- b) Si existe personal capacitado para canalizar vía periférica: Solución intravenosa con dextrosa al 10%, 100 mL (según disponibilidad), a 12 microgotas/minuto.

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

3. MANTENER VÍA RESPIRATORIA PERMEABLE Y OXIGENACIÓN ADECUADA

- a) Aspiración de secreciones y posición adecuada
- b) Dar oxígeno a flujo libre por catéter nasal,

4. APOYO CARDIOCIRCULATORIO

Realizar maniobras de reanimación neonatal en caso de paro respiratorio o cardiaco

5. DAR LA PRIMERA DOSIS DE ANTIBÓTICO (ANTES DEL TRANSPORTE)

Por vía intramuscular según clasificación

6. OTROS CUIDADOS IMPORTANTES

Si el RN presenta:

- Distensión abdominal: colocar una sonda orogástrica nueva y dejarla abierta
- Dificultad respiratoria: transportar con sonda orogástrica nueva abierta y oxígeno
- Malformación con exposición de vísceras: envolver con compresas con solución fisiológica
- Fractura o trauma: inmovilizar el área afectada

**DURANTE LA REFERENCIA, EL/LA RECIÉN NACIDO/A DEBE SER ACOMPAÑADO/A POR
PERSONAL DE SALUD CAPACITADO
ES RECOMENDABLE TRANSPORTAR AL RECIÉN NACIDO EN AMBULANCIA EQUIPADA**

ENSEÑAR A LA MADRE A TRATAR LAS INFECCIONES LOCALES EN EL HOGAR

➤ Para tratar pústulas de la piel o infecciones de ombligo

La madre debe:

- Lavarse las manos antes y después de atender al recién nacido
- Lavar la zona suavemente con agua limpia y jabón para limpiar el pus y retirar las costras
- Secar la zona con toalla o paño limpios
- En caso de infección del ombligo: Limpiar con gasa o paño limpio, empapado en alcohol, tres veces al día, durante 5 días
- No cubrir con faja

➤ Para tratar secreción ocular (conjuntivitis)

La madre debe:

- Lavarse las manos antes y después de atender al bebé
- Usar paño y agua limpios para retirar la secreción de cada ojo, la limpieza de cada ojo debe ser realizada de adentro hacia afuera
- Aplicar antibiótico ocular en ambos ojos (cloranfenicol , una gota en cada ojo, cada 4 horas, por siete días)

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

La madre debe:

- Lavarse las manos antes y después de atender al bebé
- Limpiar la boca del recién nacido con un paño suave enrollado en un dedo y humedecido con agua bicarbonatada*, antes de aplicar nistatina
- **Aplicar nistatina** en suspensión de 100,000 UI/mL
 - Aplicar a la boca del niño 1 mL, empleando el gotero, 4 veces al día, durante 5 días
 - Si no existe disponibilidad de nistatina: Aplicar en la boca del recién nacido/a pinceladas de **violeta de genciana diluida** (1 mL de violeta con 1 mL de agua destilada o agua limpia) tres veces al día, durante 5 días
 - Suspender el uso de chupones y de otros artículos parecidos

*Para preparar el agua bicarbonatada, disuelva una cucharilla de bicarbonato en 200 mL de agua limpia (una taza)

➤ Tratar el pezón de la madre si hay enrojecimiento, escozor y/o dolor

- **Aplicar nistatina** en crema 100,000 UI/g
 - Aplicar a los pezones 4 veces al día, después de las mamadas.
 - Continuar la aplicación hasta cumplir 7 días.

TRATAR AL RECIÉN NACIDO/A

**Dar la PRIMERA DOSIS de antibiótico apropiado, POR VIA INTRAMUSCULAR
(EN TERCIO EXTERNO SUPERIOR DEL MUSLO), antes de la referencia urgente al hospital
(Infección bacteriana grave, infección ocular grave)**

PESO	CEFTRIAXONA
	Dosis: 50 mg por Kg/dosis Frasco de 1 g
	Diluir con 5 mL de agua destilada 1mL= 200 mg.
2 Kg	0.5 mL IM,
3 Kg	0.8 mL IM
4 Kg	1 mL IM
5 Kg	1.3 mL

Si no existe disponibilidad de ceftriaxona, administrar gentamicina MÁS penicilina procaínica

PESO	GENTAMICINA Dosis 4 mg por Kg/dosis Frasco de 20 mg en 2 mL	GENTAMICINA Dosis 4 mg por Kg/dosis Frasco de 80 mg en 2 mL	PENICILINA PROCAINICA Dosis 50.000 UI por Kg/dosis Frasco de 400.000 UI
	Sin diluir frasco de 2 mL= 20 mg 1mL = 10 mg	Añadir 6 mL de agua destilada 1 mL= 10 mg	Diluir con 4 mL de agua destilada 1 mL= 100.000 UI
Menos de 2 Kg	0.8 mL	0.8 mL	0.4 mL
De 2 – 3 Kg	1.2 mL	1.2 mL	0.6 mL
Más de 3 Kg	1.6 mL	1.6 mL	0.8 mL

- Si no es posible referir al RN de inmediato, continuar con la administración antibióticos cada 24 horas, durante 10 días.
- Todo recién nacido con peso menor 2 Kg, debe ser referido
- En el caso de que el RECIEN NACIDO CON PESO MENOR A 2 kg NO PUEDA SE REFERIDO, CONTINUAR EL TRATAMIENTO A DOSIS RECOMENDADA, CADA 36 HORAS (1 dia y medio) (Ej. Una dosis 8 AM y la siguiente a las 8PM del día siguiente)
- Reevaluar al recién nacido/a diariamente durante el tratamiento
- Cuando tiene la clasificación INFECCIÓN OCULAR GRAVE, además del antibiótico intramuscular apropiado realizar limpieza frecuente de ambos ojos usando paño limpio y agua limpia para retirar la secreción de cada uno de los ojos, hasta su mejoría

La administración de dosis excesivas de antibióticos, al recién nacido/a, pueden provocarle daño renal

RECOMENDAR A LA MADRE O ACOMPAÑANTE CUÁNDO DEBE VOLVER

Clasificación	Volver para consulta de seguimiento en:	Cuándo debe volver de inmediato
• CONDICIÓN DE CUIDADO AL NACER	24 horas durante 3 días seguidos	RECOMENDAR A LA MADRE QUE VUELVA DE INMEDIATO SI EL RN PRESENTA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SIGNOS:
• ICTERICIA MODERADA	1 día	<ul style="list-style-type: none"> • Mama mal o no puede mamar • Vomita todo lo que mama • Tiene calentura (fiebre) o se pone frío • Respira mal • Se mueve poco o se ve mal (letárgico) • Presenta ataques (convulsiones) • Secreción purulenta en ojos o en ombligo • Sangre en las heces • Irritabilidad • Presenta coloración amarilla o morada de la piel
• INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL • PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O CANDIDIASIS	2 días	
• ICTERICIA LEVE		
• CONDICIÓN BUENA AL NACER	2 días	
• BAJO PESO (menor de 1 mes de edad)	2 días, luego controles frecuentes, al menos una vez a la semana durante el primer mes	
• SIN INFECCIÓN BACTERIANA • SIN PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN NI BAJO PESO	Según cronograma, al menos 3 controles durante el primer mes de vida	

CRONOGRAMA DE CONTROL AL RECIÉN NACIDO/A QUE HA NACIDO EN EL HOGAR O EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Si el bebé ha nacido en el hogar	Si el bebé ha nacido en el establecimiento de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a la madre que lleve al recién nacido/a al establecimiento de salud: <ul style="list-style-type: none"> - Primer Control: Durante las primeras 24 horas de vida - Segundo Control: Al tercer día de vida - Tercer Control: Durante la segunda semana de vida (a los 10 días) 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a la madre que lleve al recién nacido/a al establecimiento de salud: <ul style="list-style-type: none"> - Primer Control: Al segundo día del alta del establecimiento de salud - Control posterior: Durante la segunda semana de vida (a los 10 días)
<p>➤ Si el recién nacido no es llevado al establecimiento de salud para el control después del nacimiento, realice una visita a su hogar</p> <p>➤ Para realizar el control, aplique los Cuadros de Procedimientos que correspondan a la edad del niño/a</p>	
REALIZAR EL CONTROL AL RECIÉN NACIDO Y EL CONTROL POSTNATAL A LA MADRE RECOMENDAR A LA MADRE QUE REALICE LA INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A AL BONO JUANA AZUDUY PARA RECIBIR SUS BENEFICIOS	

RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO Y REEVALUACIÓN DEL MENOR DE 7 DÍAS

➤ INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL

Después de 2 días:

- Examinar el ombligo: ¿Está enrojecido o presenta supuración?, ¿El enrojecimiento se extiende a la piel?
- Examinar las pústulas de la piel: ¿Son 10 o más?
- Examinar los ojos: ¿Existe secreción o hinchazón de los párpados?

Tratamiento:

- Si los signos de **INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL** continúan o han empeorado, referir al hospital según normas de estabilización y transporte
- Si los signos de **INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL** han disminuido, recomendar a la madre que continúe dándole el tratamiento y que vuelva a control en 2 días
- Si los signos de **INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL** han desaparecido, recomendar a la madre que continúe dándole el tratamiento hasta completar 5 días.

➤ PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O CANDIDIASIS

Después de 2 días:

- Preguntar sobre los problemas de alimentación detectados en la primera consulta
 - Aconsejar a la madre sobre cualquier problema nuevo o persistente
 - Si le recomienda a la madre que haga cambios importantes en la alimentación, pedirle que vuelva en 2 días
 - Si cree que la alimentación no va a mejorar, referirle al hospital
- **Observar moniliasis:**
 - Si **continúa o ha empeorado**, referir al hospital
 - Si **ha disminuido**, recomendar que continúe tratamiento hasta completar 5 días

➤ ICTERICIA

Después de 1 día en caso de ictericia leve o moderada y después de 2 días en caso de ictericia leve

- Preguntar si el RN: Mama y succiona bien, si ha tenido deposiciones, cuántas veces, si presenta micciones (orina)
- Si tenía hematomas, ¿Han aumentado?
- Observar color de la piel

Tratamiento:

- Si la ictericia o los hematomas han **aumentado**, no mama o no tiene deposiciones, referir al hospital
- Si la ictericia **continúa igual**, recomendar a la madre que vuelva para control en 1 día
- Si la ictericia ha **disminuido**, recomendar a la madre que vuelva para control en 2 días
- Si la ictericia ha **desaparecido**, recomendar a la madre que regrese a su consulta de atención integral según cronograma

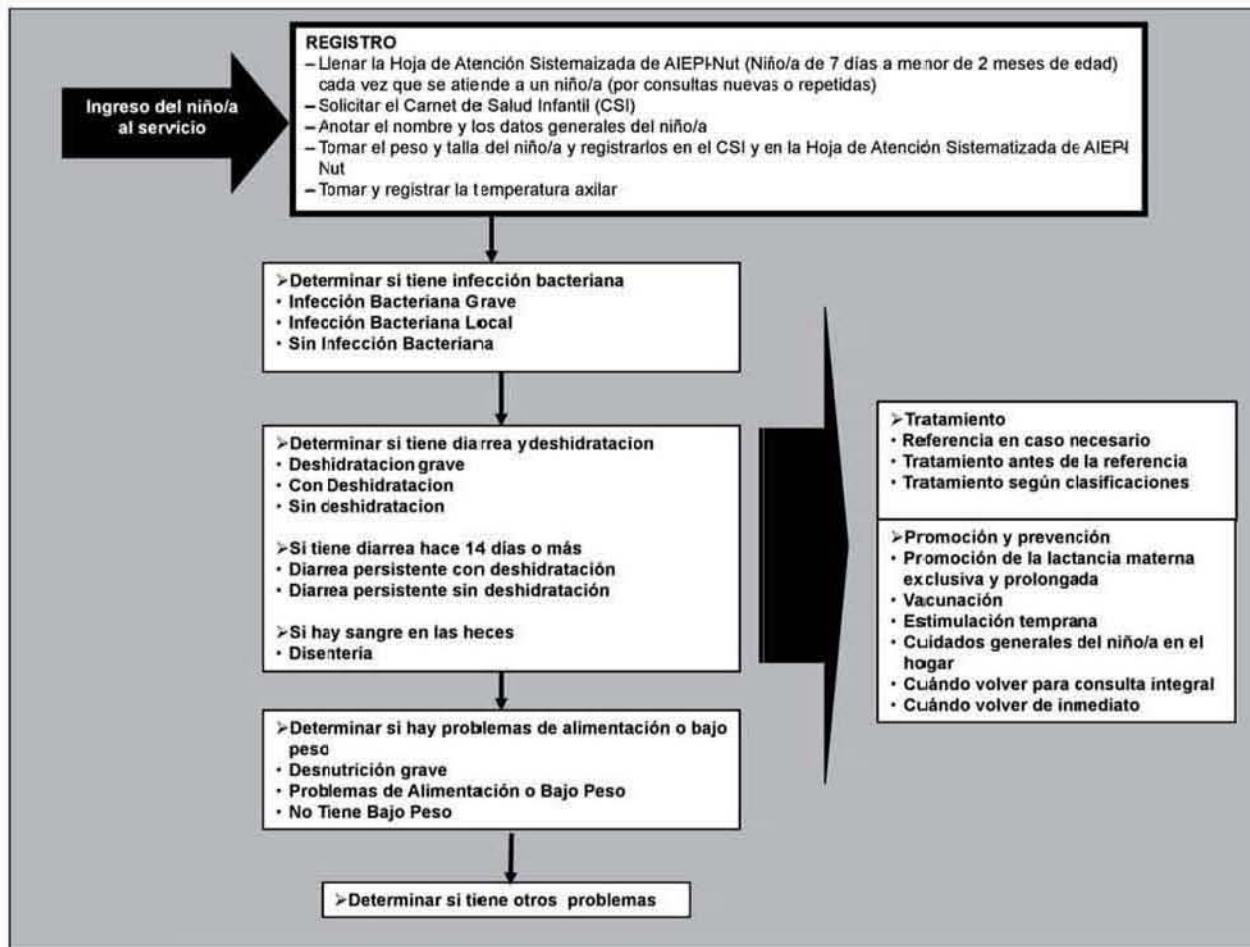
➤ PROBLEMAS DE BAJO PESO

Después de 2 días o en los controles posteriores:

- Averiguar si el niño/a se alimenta bien al seno materno
- Tomar la temperatura y averiguar si el RN se enfria en la casa o si presenta fiebre
- Pesar al niño y compararlo con el peso anterior:
 - Si el peso se incrementó 40 g o más, elogiar a la madre y estimularla a continuar con lactancia materna exclusiva
 - Si el peso no se incrementó en 40 g, no se alimenta bien, tiene fiebre o hipotermia: REFERIR URGENTEMENTE AL HOSPITAL

Si el recién nacido no es llevado al establecimiento de salud para visita de control, realice una visita a su hogar

ATENCIÓN AL NIÑO/A DE 7 DIAS A MENOR DE 2 MESES DE EDAD: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN

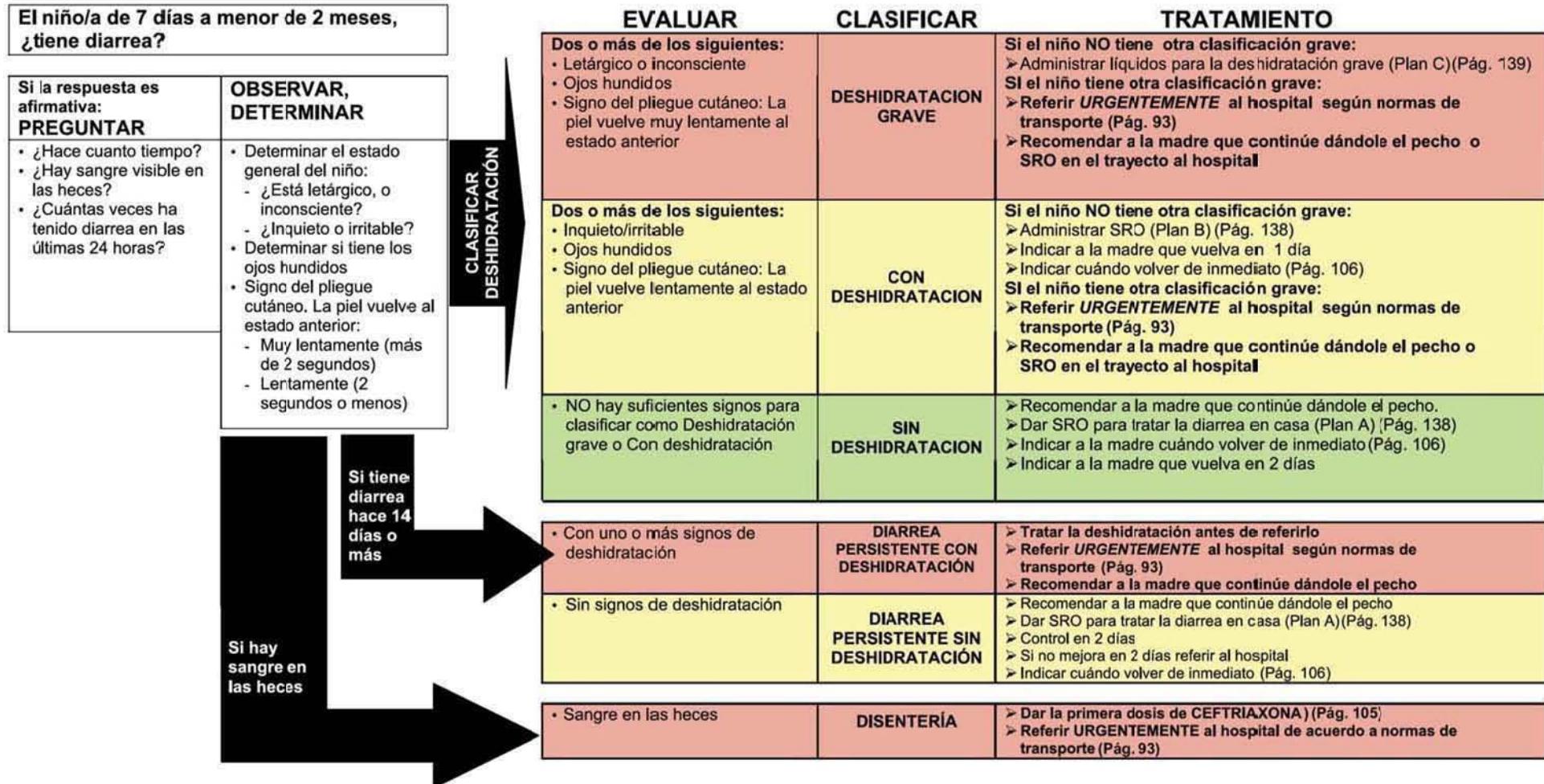


ATENCIÓN AL NIÑO/A DE 7 DIAS A MENOR DE 2 MESES DE EDAD

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 20: DETERMINAR SI TIENE INFECCIÓN BACTERIANA

PREGUNTAR A LA MADRE QUÉ PROBLEMAS TIENE EL NIÑO/A DE 7 DÍAS A MENOR DE 2 MESES DE EDAD		CLASIFICAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
PREGUNTAR	OBSERVAR, DETERMINAR				
• ¿El niño/a tuvo convulsiones? (ataques) • ¿Puede mamar o succionar? • ¿Vomita todo lo que mama? • ¿Tiene fiebre o se pone frío/a?	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el estado de conciencia: ¿Está letárgico, inconsciente, hipactivo? Dificultad para respirar <ul style="list-style-type: none"> Contar la frecuencia respiratoria en un minuto Repetir si el recuento es alto o bajo Tiraje subcostal severo Aleteo nasal Quejido respiratorio Fontanela abombada Examinar el ombligo ¿Está enrojecido o presenta supuración? ¿El enrojecimiento se extiende a la piel? ¿Presenta distensión abdominal? Tomar la temperatura axilar (o tocarlo para saber si está muy caliente o muy frío) Observar la piel para determinar si tiene pústulas <ul style="list-style-type: none"> ¿Son muchas o extensas? Observar si hay secreción ocular con o sin hinchazón de párpados Determinar el color de la piel <ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene ictericia o palidez? ¿Tiene ictericia generalizada? 	El bebé debe estar tranquilo/a	<p>Uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Convulsiones (ataques) No puede mamar o alimentarse Vomita todo lo que mama Letárgico, inconsciente, hipactivo Dificultad Respiratoria: <ul style="list-style-type: none"> Respiración rápida (>60/min) Respiración lenta (<30/min) Tiraje subcostal severo Aleteo nasal Quejido Espiratorio Fontanela abombada El enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel Fiebre: Temperatura axilar de 38°C o más o muy caliente al tacto Hipotermia: temperatura axilar menor a 35.5 °C o muy frío al tacto Pústulas en la piel: muchas o extensas Secreción ocular CON hinchazón de Párpados Cianosis generalizada o palidez intensa Ictericia generalizada Abdomen distendido 	INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> Dar la primera dosis de CEFTRIAXONA (Pág. 105) Administrar oxígeno si hay dificultad respiratoria o cianosis generalizada (Pág. 81) Referir URGENTEMENTE al hospital, según normas de transporte
Respiración rápida: 60 o más por minuto Respiración lenta: 30 o menos por minuto	<ul style="list-style-type: none"> Presenta distensión abdominal? Tomar la temperatura axilar (o tocarlo para saber si está muy caliente o muy frío) Observar la piel para determinar si tiene pústulas <ul style="list-style-type: none"> ¿Son muchas o extensas? Observar si hay secreción ocular con o sin hinchazón de párpados Determinar el color de la piel <ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene ictericia o palidez? ¿Tiene ictericia generalizada? 		<p>Uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ombligo rojo o con supuración Pústulas en la piel Secreción ocular SIN hinchazón de párpados 	INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar a la madre a curar las infecciones locales en el hogar (Pág. 104) Enseñar a la madre los cuidados del niño en el hogar (Pág. 103) Reevaluar 2 días después Indicar cuándo volver de inmediato (Pág. 106)
			<ul style="list-style-type: none"> No presenta ninguno de los signos anteriores 	SIN INFECCIÓN BACTERIANA	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar a la madre los cuidados del niño en el hogar (Pág. 103) Indicar que vuelva a visita de atención integral según cronograma (Pág. 106) Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 106)

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 21: DETERMINAR SI TIENE DIARREA Y DESHIDRATACIÓN



CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 22: DETERMINAR SI HAY PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO

DETERMINAR EN TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS SI HAY PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO		CLASIFICAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
PREGUNTAR	OBSERVAR, DETERMINAR		UNO DE LOS SIGUIENTES:	DES NUTRICIÓN GRAVE	UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES:
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Recibe seno materno? Si la respuesta es afirmativa: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuántas veces en 24 horas? - ¿Tiene alguna dificultad para mamar? • Recibe otros alimentos, leche de vaca u otros líquidos? Si la respuesta es afirmativa: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Con qué frecuencia? - ¿Qué alimentos o líquidos le da? - ¿Con qué le da los otros alimentos o líquidos? • ¿Recibe biberón (mamadera)? 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso/Edad en la curva, según el sexo del niño/a • Verificar si hay emaciación visible • Observar la boca del niño para ver si hay lesiones de moniliasis • Evaluar el amamantamiento (posición y agarre) 		<ul style="list-style-type: none"> • Emaciación visible o • Peso/Edad cae por debajo DE LA CURVA -3, según el sexo 	DES NUTRICIÓN GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> > Dar la primera dosis de CEFTRIAXONA (Pág. 95) > Referir URGENTEMENTE al Hospital de acuerdo a normas de transporte (Pág. 93) > Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho
			<ul style="list-style-type: none"> • Peso/edad cae ENTRE LA CURVA -2 Y LA CURVA -3, según el sexo • No tiene buen agarre • Se alimenta al pecho menos de 10 veces en 24 horas • Recibe otros alimentos o bebidas • Tiene moniliasis oral (úlceras o placas blancas en la boca). • No recibe seno materno • Recibe biberón 	PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO	<ul style="list-style-type: none"> > Enseñar a la madre los cuidados del niño en el hogar (Pág. 103) > Promover la lactancia materna exclusiva > Recomendar a la madre que le dé el pecho las veces que el niño quiera (por lo menos 10 veces en 24 horas) > Si el niño(a) no agarra bien o no mama bien, enseñar a la madre la posición y el agarre correctos (Pág. 102) > Si está recibiendo otros alimentos o líquidos, recomendar a la madre que le dé el pecho más veces, reduciendo los otros alimentos o líquidos hasta eliminarlos > Si tiene moniliasis oral, enseñar a la madre a tratar la moniliasis en casa (incluyendo tratamiento de pezones)(Pág. 104) > Orientar a la madre para que evite el uso de biberón > Hacer el seguimiento para cualquier problema de alimentación o para moniliasis 7 días después. > Control de peso cada 14 días > Si no mejora en dos controles, referir al Establecimiento de Salud con mayor capacidad resolutiva > Indicar cuándo volver de inmediato (Pág. 106) > Verificar en la madre problema de lactancia materna
ENSEGUIDA, VERIFICAR EN EL CSI O CON LA MADRE, SI RECIBIÓ VACUNA BCG (CONTRA LA TUBERCULOSIS)			<ul style="list-style-type: none"> • El peso no es bajo, cae por ENCIMA DE LA CURVA -2, según el sexo 	NO TIENE BAJO PESO	<ul style="list-style-type: none"> > Enseñar a la madre los cuidados del niño en el hogar (Pág. 103) > Elogiar a la madre porque lo alimenta bien > Dar orientación y promoción sobre lactancia materna (Pág. 103) > Indicar a la madre cuándo volver de inmediato (Pág. 106) > Indicar que vuelve a visita de seguimiento en 14 días > Orientar sobre controles para la atención integral (Pág. 106)

VERIFICAR Y ENSEÑAR LA POSICIÓN Y EL AGARRE CORRECTOS PARA EL AMAMANTAMIENTO

➤ AMAMANTAR EN POSICIÓN ADECUADA

- La cabeza y el cuerpo del niño o niña deben estar en línea recta (manteniendo la oreja, hombro y cadera en línea recta).
- En dirección a su pecho, con la nariz del niño o niña frente al pezón
- Con el cuerpo del niño o niña cerca del cuerpo de la madre ('barriga con barriga')
- Sosteniendo todo el cuerpo del niño o niña y no solo el cuello y los hombros

➤ FACILITAR EL AGARRE

- Tocar los labios del niño o niña con el pezón
- Esperar hasta que el niño o niña abra bien la boca
- Mover al niño o niña rápidamente hacia el pecho y cerciorarse que el labio inferior del niño o niña quede volteado hacia fuera

➤ ENSEÑAR LOS SIGNOS DE BUEN AGARRE

- El niño o niña toca la mama con el mentón
- El niño o niña mantiene la boca bien abierta
- El niño o niña mantiene el labio inferior volteado hacia fuera
- Se observa más areola por arriba que por abajo

➤ VERIFICAR QUE EL NIÑO/A MAMA BIEN

- Suciona en forma lenta, profunda y con pausas ocasionales.

RECOMENDAR A LA MADRE O CUIDADOR LOS CUIDADOS GENERALES DEL NIÑO/A MENOR DE 2 MESES EN EL HOGAR

MANTENERLO/A CONFORTABLEMENTE CALIENTE

- Vestir adecuadamente al niño/a, no muy abrigado o muy desabrigado, dependiendo de la temperatura y del lugar
- En lugares muy fríos también colocarle gorro, guantes y medias (*polkos*)
- Evitar que al niño/a le lleguen corrientes de aire
- Mantener la temperatura adecuada de la habitación (ni muy caliente, ni fría)
- La madre debe dormir en la misma habitación con el niño, durante las noches

MANTENERLO/A LIMPIO/A

- La madre o cuidador debe lavarse las manos con agua y jabón frecuentemente, en especial antes de darle el pecho, después de cambiar los pañales sucios y después de entrar al baño
- Se debe asear al niño todos los días, si es posible bañarlo, con agua limpia y tibia
- Se debe limpiar cuidadosamente los pliegues del cuello, glúteos, axilas y región perianal
- Cambie los pañales del niño/a cada vez que estén sucios
- Cambie la ropa del niño/a cada día

DARLE SENO MATERNO

- El niño menor de 2 meses debe recibir **lactancia materna exclusiva** de día y de noche, las veces que el niño quiera, por lo menos 10 veces en 24 horas
- No necesita ningún otro alimento o líquido (mates, agua, etc.)
- Debe vaciar los dos pechos en cada mamada.
- La posición y agarre del niño deben ser adecuadas para una buena lactancia (el personal de salud debe orientar sobre la posición y agarre correctos)
- **Se debe evitar el uso del biberón o chupones que son la causa mas frecuente de diarrea , cólicos y otros problemas para el niño/a**

HACERLE COLOCAR LA VACUNA BCG, PARA PROTEGERLE DE FORMAS GRAVES DE TUBERCULOSIS

- Esta vacuna se coloca en el hombro derecho y debe recibirla durante el primer mes de vida

ENSEÑAR A LA MADRE CÓMO TRATAR LAS INFECCIONES LOCALIZADAS

➤ Para tratar pústulas de la piel o infecciones de ombligo

La madre debe:

- Lavarse las manos, con agua y jabón, antes y después de atender al bebé
- Lavar la zona suavemente con agua limpia y jabón para limpiar el pus y retirar las costras
- Secar la zona con toalla o paño limpios
- En caso de infección del ombligo: aplicar alcohol con gasa o paño limpio tres veces al día, durante 5 días
- No cubrir con fajero

➤ Para tratar secreción ocular (conjuntivitis)

La madre debe:

- Lavarse las manos antes y después de atender al bebé
- Usar paño y agua limpios para retirar la secreción de cada ojo, la limpieza de cada ojo debe ser realizada de adentro hacia afuera
- Aplicar antibiótico ocular en ambos ojos (cloranfenicol , una gota en cada ojo, cada 4 horas, por siete días)

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

La madre debe:

- Lavarse las manos antes y después de atender al bebé
- Limpiar la boca del bebé con un paño suave enrollado en un dedo y humedecido con agua bicarbonatada*, antes de aplicar nistatina
- **Aplicar nistatina** en suspensión de 100,000 UI/mL
 - Aplicar a la boca del niño 1 mL, empleando el gotero, 4 veces al día, durante 5 días
- Suspender el uso de chupones

*Para preparar el agua bicarbonatada, disuelva una cucharilla de bicarbonato en 200 mL de agua limpia (una taza)

➤ Tratar el pezón de la madre si hay enrojecimiento, escozor y/o dolor

- **Aplicar nistatina** en crema 100,000 UI/g
 - Aplicar a los pezones 4 veces al día, después de las mamadas.
 - Continuar la aplicación hasta cumplir 7 días.

RECORDAR CÓMO TENER UNA BUENA COMUNICACIÓN:

PREGUNTAR – ESCUCHAR – ELOGIAR – ACONSEJAR Y
VERIFICAR QUE ENTENDIÓ

LA BASE DE UNA BUENA COMUNICACIÓN ES EL RESPETO HACIA LA PERSONA Y A SUS COSTUMBRES

**DAR LA PRIMERA DOSIS DE CEFTRIAXONA POR VIA INTRAMUSCULAR
ANTES DE REFERIR AL HOSPITAL**

PESO	CEFTRIAXONA <i>Dosis: 50 mg por Kg/dosis</i> <i>Frasco de 1 g</i>
	Diluir con 5 mL de agua destilada 1mL= 200 mg.
2 Kg	0.5 mL IM,
3 Kg	0.8 mL IM
4 Kg	1 mL IM
5 Kg	1.3 mL IM

Si no existe disponibilidad de ceftriaxona, administrar gentamicina MÁS penicilina procaínica

PESO	GENTAMICINA <i>Dosis 2,5 mg por Kg/dosis</i> <i>Frasco de 20 mg en 2 mL</i>	GENTAMICINA <i>Dosis 2,5 mg por Kg/dosis</i> <i>Frasco de 80 mg en 2 mL</i>	PENICILINA PROCAINICA <i>Dosis 50.000 UI por Kg/dosis</i> <i>Frasco de 400.000 UI</i>
	Sin diluir frasco de 2 mL= 20 mg 1mL = 10 mg	Añadir 6 mL de agua destilada 1 mL= 10 mg	Diluir con 4 mL de agua destilada 1 mL= 100.000 UI
Menos de 2 Kg	0.4 mL	0.4 mL	0.4 mL
De 2 – 3 Kg	0.6 mL	0.6 mL	0.6 mL
Más de 3 Kg	0.8 mL	0.8 mL	0.8 mL

- Si no es posible referir al niño/a de inmediato, continuar con la administración antibióticos cada 24 horas, durante 10 días

ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE CUÁNDO DEBE VOLVER

Consulta de seguimiento para MENORES DE 2 MESES DE EDAD		Recomendar a la madre que vuelva de inmediato si el niño (a) presenta cualquiera de los siguientes signos:
Si el niño/a tiene clasificaciones de:	Volver para una consulta de seguimiento en:	
• INFECCION BACTERIANA LOCAL	2 DÍAS	
• DIARREA CON DESHIDRATACION	1 DÍA	
• DIARREA SIN DESHIDRATACION		
• DIARREA PERSISTENTE SIN DESHIDRATACION	2 DIAS	
• PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO (MAYOR DE UN MES DE EDAD)	7 DIAS	<ul style="list-style-type: none">• No toma el pecho o mama mal• Tiene calentura (fiebre) o se pone muy frío (hipotermia)• Respira mal• Sangre en heces• Vomita todo lo que mama• Se mueve menos, se ve mal• Presenta ataques (convulsiones)• Secreción ocular con hinchazón de párpados• Cianosis generalizada o palidez intensa• Empeora

CONOGRAMA DE CONTROL PARA CONSULTA INTEGRAL NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

EDAD DEL NIÑO	Número de controles
Recién Nacido (0 a 28 días de vida)	3-4 controles durante el primer mes de vida El control durante la primera semana de vida es EL MAS CRITICO
1-23 meses	1 control cada mes Controles (para el seguimiento) más frecuentes de acuerdo a clasificaciones AIEPI

REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO DE 7 DIAS A MENOR DE 2 MESES

Si el niño no es llevado al servicio de salud para reevaluación y seguimiento, visite su domicilio

>INFECCIÓN BACTERIANA LOCALIZADA

Después de 2 días:

- Examinar el ombligo: ¿Esta enrojecido o presenta supuración?, ¿el enrojecimiento se extiende a la piel?
- Examinar las pústulas de la piel: ¿Son muchas o extensas?
- Examinar los ojos: ¿Presenta secreción o hinchazón de los párpados?

Tratamiento:

- Si el pus o enrojecimiento han **empeorado** o se mantienen igual, referir URGENTEMENTE al hospital, según normas de estabilización y transporte.
- Si el pus o enrojecimiento han **disminuido o desaparecido**, indicar a la madre que continúe con el tratamiento, que siga dándole pecho y mantenga abrigado al niño.
- Si las pústulas han **empeorado** o se mantienen igual, referir URGENTEMENTE al hospital, según normas de estabilización y transporte.
- Si a la secreción ocular se agrega hinchazón de los párpados o si no hay mejoría, referir al hospital
- Si la secreción ocular ha disminuido, recomendar a la madre que continúe tratamiento en casa hasta completar 5 días

>MONILIASIS ORAL

Después de 2 días:

- Verificar si hay úlceras o placas blancas en la boca
- Examinar los pezones para ver si hay grietas, dolor o cambios de color.
- Reevaluar la alimentación. Consultar el cuadro: Evaluar la alimentación: ...

Tratamiento:

- Si la moniliasis ha **empeorado o está igual** o si el niño tiene problemas de agarre o en la succión, referirlo al hospital.
- Si la moniliasis **ha disminuido**, y si el niño **está alimentándose bien**, continuar con el tratamiento hasta completar 5 días

➤ DIARREA

Después de 2 días:

- Evaluar nuevamente la diarrea
- Preguntar:
 - ¿Disminuyeron las evacuaciones?
 - ¿El niño mama/se alimenta mejor?
 - ¿Tiene fiebre?
 - ¿Cómo recibe el SRO?

Tratamiento:

- Mantener lactancia materna
- Si el niño está deshidratado, tratar la deshidratación conforme al PLAN B o C
- Si el número de evacuaciones sigue igual, la alimentación no mejora, o si el niño tiene fiebre, o no tolera el SRO, referirlo **URGENTEMENTE** al hospital según normas de estabilización y transporte.
- Si el número de evacuaciones disminuyó, tolera bien el SRO y se alimenta mejor, mantener la lactancia materna. Seguir el plan A mientras dure la diarrea

➤ DIARREA PERSISTENTE SIN DESHIDRATACIÓN

Después de 2 días:

- Evaluar al niño con diarrea persistente
- Preguntar:
 - ¿Disminuyeron las evacuaciones?
 - ¿El niño mama/se alimenta mejor?
 - ¿Cómo recibe el SRO?

Tratamiento:

- Mantener lactancia materna
- Si la diarrea sigue igual y la alimentación no mejora, o no tolera el SRO, referirlo **URGENTEMENTE** al hospital según normas de estabilización y transporte.
- Si el número de evacuaciones disminuyó, tolera bien el SRO y se alimenta mejor, mantener la lactancia materna. Seguir el plan A mientras dure la diarrea

>PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO

Después de 7 días:

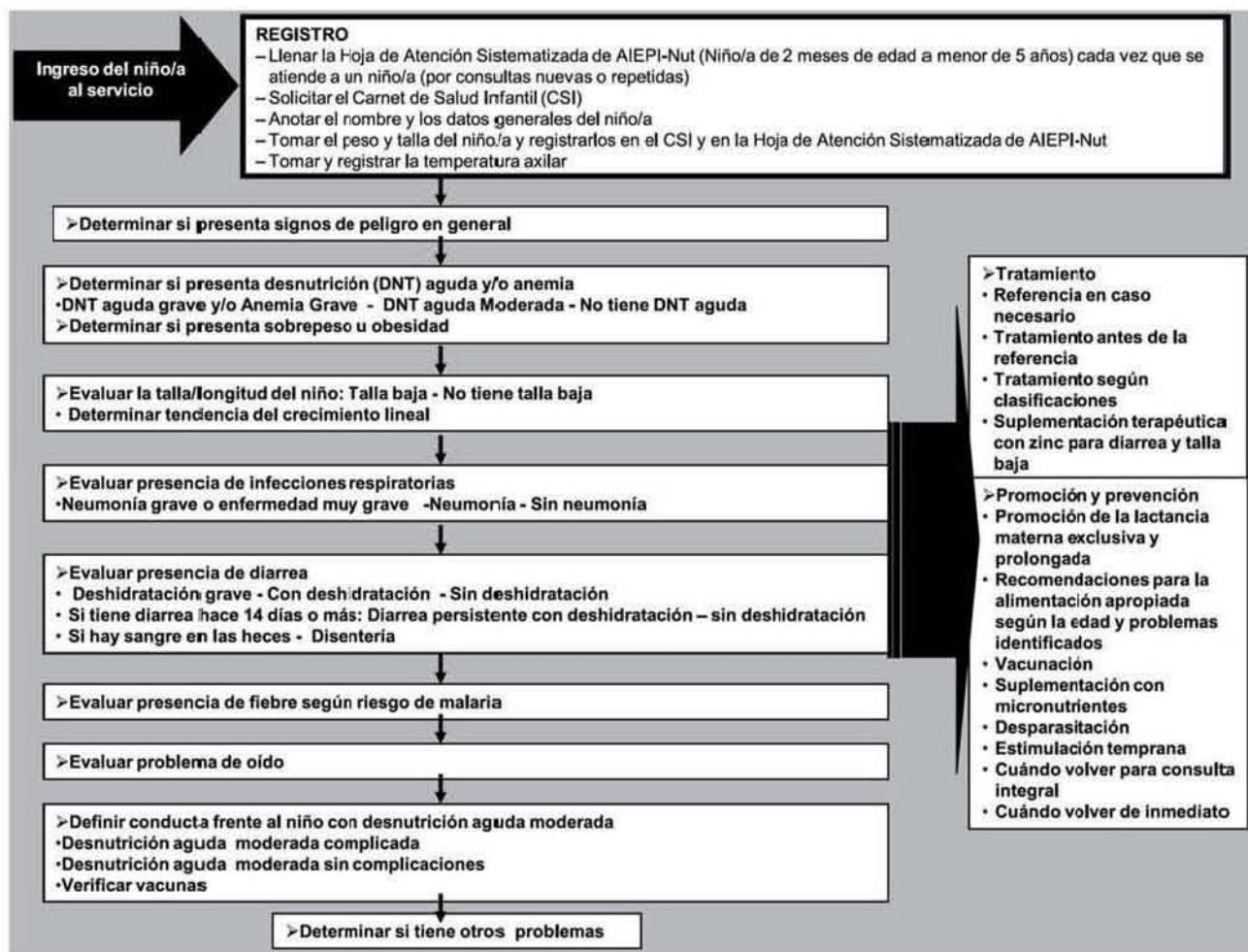
- Reevaluar el amamantamiento
 - La posición y agarre ¿son correctos?
 - ¿Está mamando 10 veces o más en 24 horas?
 - Si tenía lesiones de moniliasis oral ¿Las lesiones han desaparecido?
- **Pesar al niño/a**
- **Si los problemas de lactancia se han corregido:**
 - Citar para control en 7 días , para verificar la evolución del peso
 - Si persisten los problemas de lactancia, orientar nuevamente y citar para control en 7 días
 - Si el Peso para la Edad, tomado a los 15 días está POR DEBAJO de la curva -2 de acuerdo al sexo, referirlo al hospital
 - Si se piensa que la alimentación no va a mejorar o si el niño menor de 2 meses ha bajado de peso, referirlo al hospital

ATENCIÓN INTEGRADA AL CONTINUO DEL CURSO DE LA VIDA

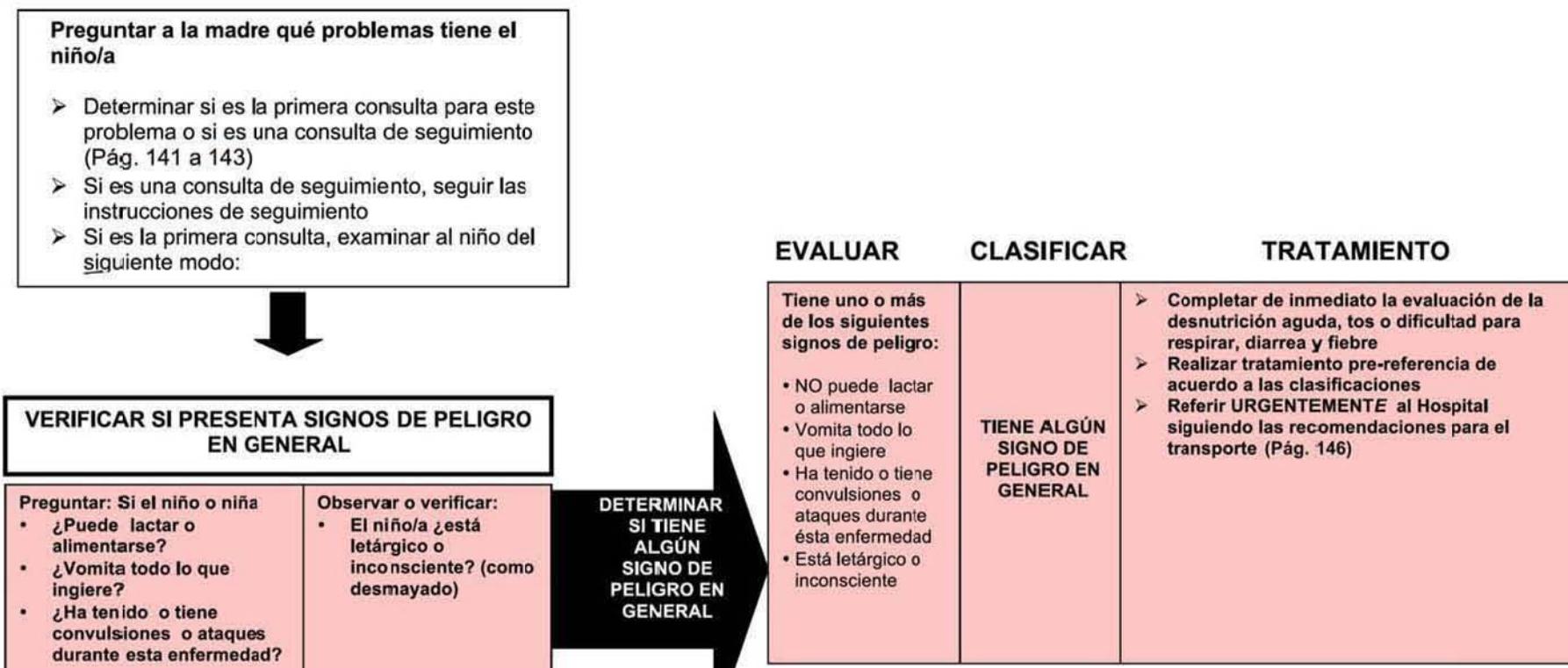
PARTE 4

**ATENCIÓN AL NIÑO/A DE 2 MESES A MENOR
DE 5 AÑOS DE EDAD (AIEPI-Nut CLÍNICO)**

ATENCIÓN AL NIÑO/A DE 2 MESES DE EDAD A MENOR DE 5 AÑOS: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



ATENCIÓN AL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES DE EDAD A MENOR DE 5 AÑOS
CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 23: DETERMINAR SI PRESENTA SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL



RECORDAR CÓMO TENER UNA BUENA COMUNICACIÓN CON LA MADRE:
PREGUNTAR – ESCUCHAR – ELOGIAR – ACONSEJAR Y VERIFICAR QUE LA MADRE ENTENDIÓ

LA BASE DE UNA BUENA COMUNICACIÓN ES EL RESPETO HACIA LA PERSONA Y A SUS COSTUMBRES

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 24: DETERMINAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN AGUDA O SOBREPESO/OBESIDAD

ENSEGUIDA, DETERMINAR, EN TODOS LOS NIÑOS/AS, SI PRESENTA DESNUTRICIÓN AGUDA O SOBREPESO/OBESIDAD		CLASIFICAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
OBSERVAR, DETERMINAR			<ul style="list-style-type: none"> • Emaciación visible (enflaquecimiento extremo) • Edema en AMBOS pies • Palidez palmar intensa • Peso/Talla (según curva de acuerdo al sexo) (Pág. 167) 	DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> > Dar vitamina A (Pág. 128) > Dar primera dosis de CEFTRIAXONA (Pág. 140) > Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 146) > Si no es posible referir DE INMEDIATO, mientras viabiliza la referencia iniciar tratamiento de acuerdo a la guía: MANEJO INICIAL DEL DESNUTRIDO AGUDO GRAVE. (Pág. 133)
			<ul style="list-style-type: none"> • Peso/Talla, el punto cae POR DEBAJO de la curva -2 HASTA LA -3 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA-3), según el sexo del niño o niña 	DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA	<ul style="list-style-type: none"> > Completar la evaluación de los síntomas principales del niño o niña para identificar complicaciones y definir la conducta a seguir
			<ul style="list-style-type: none"> • Peso/Talla , el punto cae EN LA CURVA 2 O POR DEBAJO HASTA LA CURVA -2 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA -2), según el sexo del niño o niña 	NO TIENE DESNUTRICIÓN AGUDA	<ul style="list-style-type: none"> > Dar recomendaciones nutricionales según la edad del niño o niña (Págs. 122 a 124) > Dar mebendazol (si es mayor de 1 año) (Pág. 136) > Dar vitamina A si no la recibió en los 6 últimos meses (Pág. 128) > Orientar sobre el uso del Nutribebé (niño/a de 6 meses a menor de 2 años) (Pág. 124) > Dar hierro de acuerdo a la edad y transmitir mensajes para promover su uso (Pág. 128 y 130) > Evaluar salud oral (Pág. 126) > Evaluar el desarrollo (Pág. 127) > Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 144) > Realizar control regular según cronograma (Pág. 144) > Aconsejar a la madre sobre su propia salud (Pág. 145)
			<ul style="list-style-type: none"> • Peso/Talla, el punto cae POR ENCIMA DE LA CURVA 2 HASTA LA CURVA 3 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA 3) según el sexo del niño o niña 	SOBREPESO	<ul style="list-style-type: none"> > Evaluar la alimentación y corregir los problemas identificados > Dar recomendaciones nutricionales según la edad del niño o niña (Pág. 122 y 123) > Recomendar la disminución del consumo de bebidas azucaradas (gaseosas, dulces, pasteles, frituras, etc. (comida chatarra o rápida) > Promover la actividad física mediante el juego, de acuerdo a la edad del niño o niña > Orientar sobre el uso del Nutribebé (niño/a de 6 meses a menor de 2 años) (Pág. 124) > Dar mebendazol, vitamina A, y hierro de acuerdo a la edad (Pág. 136 y 128) > Evaluar salud oral (Pág. 126) > Evaluar el desarrollo (Pág. 127) > Realizar control regular según cronograma (Pág. 144) > Determinar si el niño o niña tiene talla baja > Si después de dos controles regulares, persiste con sobrepeso o con obesidad, referir a la UNI
			<ul style="list-style-type: none"> • Peso/Talla, el punto cae POR ENCIMA de la curva 3, según el sexo del niño o niña 	OBESIDAD	<ul style="list-style-type: none"> > Evaluar la alimentación y corregir los problemas identificados > Dar recomendaciones nutricionales según la edad del niño o niña (Pág. 122 y 123) > Recomendar la disminución del consumo de bebidas azucaradas (gaseosas, dulces, pasteles, frituras, etc. (comida chatarra o rápida) > Promover la actividad física mediante el juego, de acuerdo a la edad del niño o niña > Orientar sobre el uso del Nutribebé (niño/a de 6 meses a menor de 2 años) (Pág. 124) > Dar mebendazol, vitamina A, y hierro de acuerdo a la edad (Pág. 136 y 128) > Evaluar salud oral (Pág. 126) > Evaluar el desarrollo (Pág. 127) > Realizar control regular según cronograma (Pág. 144) > Determinar si el niño o niña tiene talla baja > Si después de dos controles regulares, persiste con sobrepeso o con obesidad, referir a la UNI

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 25: EVALUAR LA TALLA DEL NIÑO O NIÑA

ENSEGUIDA, EVALUAR EN TODOS LOS NIÑOS, LA TALLA Y, EN NIÑOS DE 6 A 23 MESES, LA TENDENCIA DE CRECIMIENTO LINEAL		CLASIFICAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
DETERMINAR <ul style="list-style-type: none"> Si tiene Talla Baja, empleando las curvas de Talla/Edad, de acuerdo al sexo (Pág. 167) La TENDENCIA DE CRECIMIENTO LINEAL (TALLA) EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 23 MESES 	EVALUAR LA TENDENCIA DEL CRECIMIENTO LINEAL		<ul style="list-style-type: none"> Talla/Edad, el punto cae por DEBAJO DE LA CURVA -2, de acuerdo al sexo 	TALLA BAJA	<ul style="list-style-type: none"> Dar zinc durante 12 semanas (si es de 6 meses a menor de 2 años) (Pág. 129) Evaluar la lactancia materna o la alimentación y corregir los problemas identificados Dar recomendaciones nutricionales según la edad del niño o niña (Pág. 122 y 123) Dar mebendazol (si es mayor de 1 año) (Pág. 136) Dar vitamina A si no la recibió en los 6 últimos meses (Pág. 128) Orientar sobre el uso del Nutribebé (si es de 6 meses a menor de 2 años) (Pág. 124) Dar Chispitas Nutricionales (niño o niña de 6 meses a menor de 2 años) o Solución de hierro (niño o niña de 2 a 5 años) y transmitir mensajes para promover su uso (Pág. 128 y 130) Realizar control en 30 días
			<ul style="list-style-type: none"> Talla/Edad, el punto cae EN O POR ENCIMA de la CURVA -2 de acuerdo al sexo 	NO TIENE TALLA BAJA	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la lactancia materna o la alimentación y corregir los problemas identificados (formulario de registro) Dar recomendaciones nutricionales según la edad del niño o niña (Pág. 122 y 123) Dar mebendazol (si es mayor de 1 año) (Pág. 136) Dar vitamina A si no la recibió en los 6 últimos meses (Pág. 128) Orientar sobre el uso del Nutribebé (si es de 6 meses a menor de 2 años) (Pág. 124) Dar Chispitas Nutricionales (niño o niña de 6 meses a menor de 2 años) o Solución de hierro (niño o niña de 2 a 5 años) y transmitir mensajes para promover su uso (Pág. 128) Realizar control regular según cronograma (Pág. 144)
<p style="text-align: center;">PARA NIÑOS/AS DE 6 A 11 MESES: CADA 2 MESES</p> <p style="text-align: center;">PARA NIÑOS/AS DE 12 A 23 MESES: CADA 4 MESES</p>					
<ul style="list-style-type: none"> EN EL MENOR DE 2 AÑOS, LA TALLA ES TOMADA CON EL NIÑO O NIÑA RECOSTADO/A (EN DECUBITO DORSAL) EN EL MAYOR DE 2 AÑOS, LA TALLA ES TOMADA CON EL NIÑO O NIÑA DE PIE ES NECESARIO CONTAR CON TALLÍMERO/INFANTÓMETRO ESTANDARIZADO Y EN BUEN ESTADO Y APLICAR ADECUADAMENTE LAS TÉCNICAS DE ANTROPOMETRÍA 		<ul style="list-style-type: none"> La tendencia del crecimiento lineal es horizontal o tiende a aproximarse a la curva inferior 	CREENIEMIENTO LINEAL INAPROPIADO	<ul style="list-style-type: none"> Advertir a la madre que el niño o niña no está creciendo bien Si está recibiendo zinc, reforzar las recomendaciones sobre el uso de este suplemento (Pág. 130) Reforzar las recomendaciones nutricionales según la edad (Pág. 122 y 123) Descartar la presencia de enfermedades prevalentes o problemas de alimentación Realizar control de tendencia de crecimiento lineal cada 2 o 4 meses (según la edad) 	
		<ul style="list-style-type: none"> La tendencia del crecimiento lineal es paralela a las curvas 	CREENIEMIENTO LINEAL APROPIADO	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar a la madre y al niño Reforzar las recomendaciones nutricionales según la edad (Pág. 122 y 123) Realizar control regular según cronograma (Pág. 144) 	

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 26: EVALUAR PRESENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS

PREGUNTAR POR EL SÍNTOMA PRINCIPAL: TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
El niño o niña ¿tiene tos o dificultad para respirar?		CLASIFICAR		
Si la respuesta es afirmativa, preguntar:	Observar, Escuchar (el niño o niña debe estar tranquilo)	CUALQUIER SIGNO DE PELIGRO EN GENERAL y/o uno o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Tiraje subcostal • Estridor en reposo 	NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Dar la primera dosis de PENICILINA PROCAINICA (Pág. 140) ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 146) ➢ Administrar oxígeno
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hace cuánto tiempo? • ¿Tiene SIBILANCIAS o SILBIDOS durante la inspiración? - ¿Es la primera vez que el niño o niña tiene sibilancias? 	<ul style="list-style-type: none"> • Contar las respiraciones en un minuto • Observar si hay tiraje subcostal • Escuchar si hay estridor • Escuchar si hay sibilancias 	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida 	NEUMONÍA	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Si tiene sibilancias, administrar salbutamol en aerosol, esperar 20 minutos y volver a clasificar la tos y dificultad para respirar (Pág. 137) ➢ Dar cotrimoxazol durante 5 días (Pág. 135) ➢ Indicar a la madre que regrese en 2 días ➢ Si tiene sibilancias administrar salbutamol cada 6 horas y referirlo al hospital ➢ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 144) ➢ Dar recomendaciones para la alimentación del niño o niña enfermo (Pág. 131)
Si el niño o niña tiene	Respiración rápida es	<ul style="list-style-type: none"> • Ningún signo de neumonía o enfermedad muy grave ni neumonía 	SIN NEUMONÍA	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Si el niño o niña tiene tos por más de 21 días referirlo al hospital para un examen ➢ Dar recomendaciones para la alimentación del niño o niña enfermo (Pág. 131) ➢ Indicar a la madre que vuelva en 5 días si el niño o niña no mejora ➢ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 144) ➢ Si tiene sibilancias, administrar salbutamol en aerosol durante 5 días y referirlo al hospital para una evaluación y manejo a largo plazo (Pág. 137) ➢ Realizar control regular para la atención integral, según cronograma (Pág. 144)

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 27: EVALUAR PRESENCIA DE DIARREA

PREGUNTAR POR EL SÍNTOMA PRINCIPAL: DIARREA		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
El niño niña ¿tiene diarrea?		Dos o más de los siguientes: • Letárgico o inconsciente • Ojos hundidos • No puede beber o bebe mal • Signo del pliegue cutáneo: La piel vuelve muy lentamente al estado anterior	DESHIDRATACIÓN GRAVE	Si el niño niña no tiene otra clasificación grave: ➢ Administrar Plan C en el establecimiento de salud (Pág. 139) Si el niño o niña tiene otra clasificación grave: ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte , dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. (Pág. 146) ➢ Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho
Si la respuesta es afirmativa: PREGUNTAR	OBSERVAR, DETERMINAR	Dos o más de los siguientes: • ¿Hace cuánto tiempo? • ¿Hay sangre visible en las heces? • Determinar el estado general del niño: - ¿Está letárgico, o inconsciente? - ¿Inquieto o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Ofrecerle líquidos, el niño o niña: - ¿No puede beber o bebe mal? - ¿Bebe ávidamente, con sed? • Signo del pliegue cutáneo. La piel vuelve al estado anterior: - Muy lentamente (más de 2 segundos) - Lentamente (2 segundos o menos)	CLASIFICAR DESHIDRATACIÓN	Si el niño o niña no tiene otra clasificación grave: ➢ Administrar SRO (Plan B) (Pág. 138) ➢ Dar zinc, por 14 días (Pág. 129) Si el niño o niña tiene otra clasificación grave: ➢ Referir URGENTEMENTE al Hospital dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. ➢ Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho.
SI TIENE DIARREA HACE 14 DIAS O MÁS		• NO hay suficientes signos para clasificar como Deshidratación grave o Con deshidratación	SIN DESHIDRATACIÓN	➢ Administrar Plan A (Pág. 138) ➢ Dar zinc, por 14 días (Pág. 129) ➢ Indicar a la madre cuándo volver de inmediato (Pág. 144) ➢ Indicar a la madre que vuelva en 5 días si el niño o niña no mejora ➢ Dar recomendaciones para la alimentación del niño o niña enfermo (Pág. 131)
Si hay sangre visible en las heces		• Con signos de deshidratación	DIARRÉA PERSISTENTE CON DESHIDRATACIÓN	➢ Tratar la deshidratación según Plan B o C, antes de referir al niño o niña, salvo que encuadre en otra clasificación grave (Pág. 138 y 139) ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 146) ➢ Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho. ➢ Si no es posible referir al niño, luego de tratar la deshidratación siga recomendaciones de DIARRÉA PERSISTENTE SIN DESHIDRATACIÓN
		• Sin signos de deshidratación	DIARRÉA PERSISTENTE SIN DESHIDRATACIÓN	➢ Dar vitamina A (Pág. 128) ➢ Dar zinc, por 14 días (Pág. 129) ➢ Explicar a la madre cómo debe alimentar al niño o niña con diarrea persistente sin deshidratación (Pág. 131) ➢ Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho. ➢ Hacer seguimiento 5 días después ➢ Indicar a la madre cuándo volver de inmediato (Pág. 144)
		• Sangre en las heces	DISENTERÍA	➢ Dar CIPROFLOXACINA durante 3 días (Pág. 136) ➢ Dar zinc, por 14 días (Pág. 129) ➢ Dar recomendaciones para la alimentación del niño o niña enfermo (Pág. 131) ➢ Hacer seguimiento 2 días después ➢ Indicar a la madre cuándo volver de inmediato (Pág. 144)

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 28: EVALUAR PRESENCIA DE FIEBRE

		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO	
PREGUNTAR POR EL SÍNTOMA PRINCIPAL: FIEBRE		CON RIESGO DE MALARIA	Cualquier signo de peligro en general y/o • Rígidez de nuca	ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE O MALARIA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Tomar muestra de sangre para gota gruesa y prueba rápida ➢ Llenar formulario M-1 ➢ Dar QUININA intramuscular para malaria grave (Pág 140) ➢ Dar la primera dosis de CEFTRIAXONA (Pág 140) ➢ Dar paracetamol para la fiebre (Pág 136) ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág 146)
El niño/a ¿tiene fiebre?		CLASIFICAR LA FIEBRE	• Fiebre	MALARIA	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Tomar muestra de sangre para gota gruesa y prueba rápida ➢ Llenar formulario M-1 ➢ Dar antimalárico apropiado de acuerdo a resultado de gota gruesa y prueba rápida (Pág 136) ➢ Dar paracetamol para la fiebre (Pág 136) ➢ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág 144) ➢ Hacer seguimiento 2 días después si persiste la fiebre ➢ Si ha tenido fiebre diaria por más de 7 días, referir al hospital para evaluación ➢ Dar recomendaciones para la alimentación del niño niña enfermo (Pág 131)
Si la respuesta es afirmativa:			• Tiene otra causa de fiebre	ENFERMEDAD FEBRIL	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Dar paracetamol para la fiebre (Pág 136) ➢ Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato (Pág 144) ➢ Hacer seguimiento 2 días después si persiste la fiebre ➢ Si ha tenido fiebre diaria por más de 7 días, referir al hospital para evaluación ➢ Dar recomendaciones para la alimentación del niño/a enfermo (Pág 131)
Preguntar • ¿Hace cuánto tiempo? • Si hace más de 7 días, ¿ha tenido fiebre todos los días?		Verificar	• Si tiene rigidez de nuca		
Evaluar sarampión			Cualquier signo de peligro en general y/o • Rígidez de nuca	ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Dar la primera dosis de CEFTRIAXONA (Pág 140) ➢ Dar paracetamol para la fiebre (Pág 136) ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág 146)
• ¿Tiene o ha tenido erupción cutánea en los últimos 30 días?			• Fiebre	ENFERMEDAD FEBRIL	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Dar paracetamol para la fiebre (Pág 136) ➢ Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato (Pág 144) ➢ Hacer seguimiento 2 días después si persiste la fiebre ➢ Si ha tenido fiebre diaria por más de 7 días, referir al hospital para evaluación ➢ Dar recomendaciones para la alimentación del niño o niña enfermo (Pág 131)
Si tiene erupción cutánea verificar:			Eruzión cutánea generalizada y: • Tos o catarro u ojos enrojecidos	SOSPECHA DE SARAPIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Dar vitamina A (Pág 128) ➢ Dar paracetamol para la fiebre (Pág 136) ➢ Denunciar el caso a la unidad de epidemiología correspondiente ➢ Dar recomendaciones para la alimentación del niño o niña enfermo (Pág 131)
CLASIFICAR SARAPIÓN • La erupción cutánea es generalizada y no vesicular? (sin ampollas) • Tiene uno de los tres siguientes signos: tos, catarro u ojos enrojecidos.					

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 29: EVALUAR PROBLEMA DE OIDO

PREGUNTAR POR EL SÍNTOMA PRINCIPAL: DOLOR/SUPURACIÓN DE OIDO		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
El niño o niña ¿tiene problema de oido? (dolor y/o supuración)				
Si la respuesta es afirmativa:				
Preguntar:	Observar, palpar:			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Desde hace cuánto tiempo? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay supuración del oído • Palpar detrás de la oreja para determinar si hay tumefacción dolorosa 	CLASIFICAR		
Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Supuración visible del oído e información que comenzó hace menos de 14 días • Dolor de oído 		MASTOIDITIS	INFECCIÓN AGUDA DEL OÍDO	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Dar la primera dosis de PENICILINA PROCAINICA (Pág. 140) ➢ Dar la primera dosis de paracetamol para el dolor (Pág. 136) ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital
<ul style="list-style-type: none"> • Supuración visible del oído e información que comenzó hace 14 días o más 			INFECCIÓN CRÓNICA DEL OÍDO	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Secar el oido frecuentemente (al menos 3 veces al día), empleando mechas de gasa ➢ Enseñar a la madre a tratar la supuración del oido (Pág. 137) ➢ Si existe disponibilidad, aplicar en el oído CIPROFLOXACINA en gotas; 3 gotas, tres veces al día durante dos semanas, después del aseo cuidadoso del oido ➢ Hacer seguimiento 5 días después ➢ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 144)

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 30: DEFINIR CONDUCTA FRENTE AL NIÑO O NIÑA CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA

<p>➤ El niño/a ¿fue clasificado con DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA?</p> <p>SI EL NIÑO/A FUE CLASIFICADO/A CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA DETERMINAR LA NECESIDAD DE REFERIRLO AL HOSPITAL</p> <p>Determinar si fue clasificado con:</p> <ul style="list-style-type: none">• Neumonía• Diarrea con deshidratación• Disentería• Diarrea persistente• Malaria• Sospecha de sarampión <p>NOTA: Las clasificaciones anteriores indican que el niño o niña con Desnutrición Aguda Moderada presenta una complicación.</p>
--

RE-CLASIFICAR AL NIÑO O NIÑA CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA CONSIDERANDO COMPLICACIONES

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p>Desnutrición aguda moderada Y una o más de las siguientes clasificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Neumonía• Diarrea con deshidratación• Disentería• Diarrea persistente• Malaria• Sospecha de sarampión	<p>DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA COMPLICADA</p>	<ul style="list-style-type: none">➤ Dar el tratamiento de acuerdo a la clasificación o complicación➤ Referir URGENTEMENTE al Hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág 146)➤ Si no es posible referir DE INMEDIATO, mientras viabiliza la referencia iniciar tratamiento de acuerdo con la GUÍA PARA EL MANEJO DEL NIÑO O NIÑA CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA SIN COMPLICACIONES(Pág 132)
<p>Desnutrición aguda moderada Y</p> <ul style="list-style-type: none">• No tiene ninguna de las clasificaciones de la fila roja	<p>DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA SIN COMPLICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none">➤ Realizar manejo de acuerdo con la GUÍA PARA EL MANEJO DEL NIÑO O NIÑA CON DESNUTRICIÓN MODERADA SIN COMPLICACIONES (Pág 132)➤ Dar mebendazol (si es mayor de 1 año) (Pág 136)➤ Evaluar salud oral (Pág 126)➤ Evaluar el desarrollo (Pág 127)➤ Realizar seguimiento en 7 días empleando el Formulario de Seguimiento Nutricional➤ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág 144)

ENSEGUIDA, VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DEL NIÑO(A)

ESQUEMA DE VACUNACIÓN PAI, 2010

Vacuna	Enfermedad que previene	Edad en la que se aplica	Número de dosis
BCG	Tuberculosis	Al Recién nacido	1 dosis
Pentavalente	Tosferina, difteria, tétanos, neumonías y meningitis bacterianas por Haemophilus influenzae b	1ra dosis a los 2 meses 2da dosis a los 4 meses 3ra dosis a los 6 meses	3 dosis
DPT	Tosferina, difteria, tétanos	1er refuerzo a los 18 meses 2do refuerzo a los 4 años	2 dosis
Antipoliomielítica	Poliomielitis	1ra dosis a los 2 meses 2da dosis a los 4 meses 3ra dosis a los 6 meses 1er refuerzo a los 18 meses 2do refuerzo a los 4 años	5 dosis
Antirotavírica	Diarrea severa por Rotavirus	1ra dosis a los 2 meses (hasta 3 meses) 2da dosis a los 4 meses (hasta 8 meses)	2 dosis
Influenza pediátrica	Gripa por virus de influenza estacional	De los 6 meses hasta 23 meses (1 ^a dosis al contacto en campaña nacional) 2 ^a dosis al mes de la 1 ^a dosis	2 dosis
SRP	Sarampión, Rubéola y Parotiditis	De 12 a 23 meses	1 dosis
Antiamarílica	Fiebre amarilla	De 12 a 23 meses	1 dosis

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES GENERALES SEGÚN LA EDAD DEL NIÑO O NIÑA

EDAD	RECOMENDACIONES			
NIÑO O NIÑA MENOR DE 6 MESES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El niño o niña debe recibir seno materno inmediatamente después de nacer (dentro de la primera hora) ➤ Dar el pecho las veces que el niño o niña quiera, por lo menos 10 veces durante 24 horas (vaciar los dos pechos en cada mamada), de día y de noche ➤ Dar SOLAMENTE LECHE MATERNA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD (no dar biberón, mates, jugos ni otras leches) 			
	FACILITAR EL AGARRE <ul style="list-style-type: none"> Pasc 1. Agarrar el pecho con la mano en forma de C Pasc 2. Rozar con el pezón los labios del niño o niña para que abra la boca Pasc 3. Acercar rápidamente al niño o niña al pecho (no el pecho al niño o niña) Pasc 4 Observar signos de buen agarre <ul style="list-style-type: none"> • Toca la mama o pecho con el mentón • Tiene la boca bien abierta • Tiene el labio inferior volteado hacia fuera • Se ve más areola por encima de la boca que por debajo UN MAL AGARRE PROVOCA: <ul style="list-style-type: none"> • Dolores en los pezones (grietas, fisuras) • El bebé no podrá succionar eficazmente y al extraer poca cantidad de leche el pecho puede presentar congestión (se hincha) • El bebé traga aire, que le puede producir cólicos • Como hay poca leche, el niño o niña llora demasiado y se niega a mamar • Finalmente el niño o niña no sube de peso 	LOGRAR UNA POSICIÓN CORRECTA PARA LA LACTANCIA <ul style="list-style-type: none"> • La cabeza y el cuerpo del niño o niña deben estar en línea recta • La nariz del niño o niña deben estar frente al pezón • El cuerpo del niño o niña debe estar en contacto con el de la madre • La madre debe sostener todo el cuerpo del niño o niña y no solo los hombros del niño o niña UNA MALA POSICIÓN PROVOCA: <ul style="list-style-type: none"> • Un mal agarre y sus consecuencias • Cansancio, dolor de espalda y cuello de la madre 		
NIÑO O NIÑA DE 6 MESES (INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Continuar con la lactancia materna las veces que el niño o niña quiera (de día y de noche), por lo menos 8 veces en 24 horas ➤ Debe empezar a comer EN SU PROPIO PLATO (el personal de salud le entregará un plato para su niño o niña, cuando cumpla 6 meses de edad) ➤ Los alimentos se deben preparar en forma de papilla o puré espeso, no deben ser ralos. Se debe emplear sal yodada. ➤ No se debe añadir azúcar ni sal "extras" ➤ A partir de esta edad debe recibir SUPLEMENTOS CON MICRONUTRIENTES: Vitamina A (dosis según la edad) y Chispitas Nutricionales <p>PRIMERAS 4 SEMANAS DEL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, A PARTIR DE LOS 6 MESES DE VIDA</p> <p>INCORPORACIÓN GRADUAL DE NUEVOS ALIMENTOS A LA DIETA DEL NIÑO O NIÑA</p>			
	PRIMERA SEMANA DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	SEGUNDA SEMANA	TERCERA SEMANA	CUARTA SEMANA
	<ul style="list-style-type: none"> • Dar papa o camote aplastados y mezclados con leche materna • Se le debe alimentar por lo menos 2 veces al día, poco a poco hasta 3 cucharas rasas, en cada comida. • Cuando el niño o niña empieza a comer puede parecer que escupe la comida, no se desanime y siga dándole (esto es normal cuando comienza a alimentarse con la cuchara) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener las indicaciones de la primera semana • Agregar cereales aplastados como arroz cocido, maicena cocida, mezclados también con leche materna, o Nutribebé • Se le debe alimentar por lo menos 2 veces al día, 3 cucharas rasas, en cada comida • Se deben mezclar estos alimentos con los de la primera semana y variar cada día • Agregar fruta raspada o aplastada (plátano, manzana, pera, papaya) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener las indicaciones de las anteriores semanas • Introducir trozos pequeños de zapallo, zanahoria, remolacha (beterraga), mezclados con leche materna. • Ahora ya se le debe alimentar por lo menos 3 veces al día, 6 cucharas rasas en cada comida uno de los cuales puede ser Nutribebé 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener las indicaciones de las anteriores semanas • Se puede introducir un trocito (del tamaño del puño del niño o niña) triturado, raspado o machucado, de carne de res o pollo cocidos, mezclados con los alimentos que ya conoce. Se debe asegurar que el niño trague la carne y que no la chupe solamente • Se le debe alimentar por lo menos 3 veces al día, 6 cucharas rasas en cada comida, uno de los cuales debe ser Nutribebé

EDAD	RECOMENDACIONES
NIÑO O NIÑA DE 7 A MENOR DE 12 MESES	<p>A esta edad el niño o niña ya sabe cómo comer alimentos semisólidos o sólidos, se pueden aumentar nuevos alimentos en mayor cantidad y frecuencia. Los alimentos deben ser preparados con sal yodada</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Continuar con la lactancia materna, las veces que el niño o niña quiera, por lo menos 8 veces en 24 horas ➤ Debe comer 5 veces al día, 3 de ellas como desayuno, almuerzo y cena (comidas principales); en las dos restantes (entrecomidas) darle el "Alimento Complementario" (Nutribeté) ➤ En cada comida principal, debe recibir por lo menos 7 cucharas rasas (a los 7 meses) e ir aumentando una cuchara por cada mes cumplido, hasta llegar a 11 cucharas rasas a los 11 meses. Si se emplea el plato graduado, administrar la cantidad indicada en el plato ➤ Los alimentos deben ser administrados en forma de puré o papilla espesa o picados en trozos muy pequeños ➤ En el caso de las sopas, darle la parte espesa y no únicamente la parte líquida. ➤ Los alimentos recomendados además de los que ya come desde los 6 meses son: <ul style="list-style-type: none"> ○ Carnes: Charque (no muy salado), vaca, cordero, conejo, hígado de pollo (de acuerdo a la región) ○ Cereales y derivados: Quinua, maíz, trigo, avena, sémola, amaranto, cañahua, cebada (de acuerdo a la región), pan o galletas sin relleno dulce ○ Tubérculos: Yuca, watalusa, racacha (de acuerdo a la región) ○ Verduras: Haba fresca sin cáscara, arveja fresca, plátano de cocinar, plátano verde (de acuerdo a la región) ○ Frutas: Melón, durazno, peramota, mango, plátano (de acuerdo a la región) ○ Leguminosas: Haba y arveja seca, porotos, garbanzo, tarhui, lentejas (sin cáscara), soya (de acuerdo a la región) ➤ Colocar en cada comida, una cuchara de hojas verdes (aceituna, espinaca, apio), para proporcionarle hierro
NIÑO O NIÑA DE UNO A MENOR DE 2 AÑOS	<p>A esta edad el niño o niña, ya puede comer todo lo que la familia consume, los alimentos deben ser preparados con sal yodada</p> <p>Continuar con la lactancia materna, las veces que el niño o niña quiera</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe comer 5 veces al día, 3 de ellas como desayuno, almuerzo y cena; (comidas principales); en las dos restantes (entrecomidas) darle el "Alimento Complementario" (Nutribebé) <p>Es importante que la alimentación del niño o niña sea variada y que reciba:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Leche y huevo: Cualquier leche animal y sus derivados (queso, yogurt, mantequilla, requesón, quesillo) y huevos ○ Frutas: Naranja, mandarina, pomelo, limón, lima, kiwi, frutilla, tomate (de acuerdo a la región) ○ Oleaginosas: Nuez, almendra ○ Pescado fresco ○ Vegetales: Lechuga, pepino, rábano, repollo, brócoli, coliflor, choclo, lacayote, berenjena (de acuerdo a la región) <ul style="list-style-type: none"> ➤ En cada comida principal debe recibir por lo menos 12 cucharas rasas. Aumentar el número de cucharas, hasta que a los 2 años coma 15 cucharas en cada comida ➤ Dar la comida en trocitos bien picados ➤ Colocar en cada comida, una cucharada de hojas verdes (aceituna, espinaca, apio), para proporcionarle hierro
NIÑO O NIÑA DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS	<p>A esta edad el niño o niña, ya puede comer todo lo que la familia consume, los alimentos deben ser preparados con sal yodada</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe comer 5 veces al día, 3 de ellas como desayuno, almuerzo y cena; (comidas principales); en las dos restantes (entrecomidas), darle frutas o pan ➤ Es importante que la alimentación del niño o niña sea variada y que reciba: <ul style="list-style-type: none"> ○ Leche y huevo: Cualquier leche animal y sus derivados (queso, yogurt, mantequilla, requesón, quesillo) y huevos ○ Frutas: Naranja, mandarina, pomelo, limón, lima, kiwi, frutilla, tomate (de acuerdo a la región) ○ Oleaginosas: Nuez, almendra ○ Pescado fresco ○ Vegetales: Lechuga, pepino, rábano, repollo, brócoli, coliflor, choclo, lacayote, berenjena (de acuerdo a la región) <ul style="list-style-type: none"> ➤ En cada comida principal debe recibir por lo menos 15 cucharas rasas hasta llegar a las 25 cucharas por comida a los 5 años de edad

ES NECESARIO QUE LA MADRE O LA PERSONA QUE ALIMENTA AL NIÑO O NIÑA, TENGA PACIENCIA Y EL TIEMPO NECESARIO PARA ALIMENTAR AL NIÑO O NIÑA – LA ALIMENTACIÓN ADECUADA DEL NIÑO O NIÑA ES UNA SEÑAL DE AMOR

*NOTA. En la 'Cartilla para la Madre', existen recomendaciones para el empleo de alimentos según región (altiplano, valles y llanos)

CUIDADOS GENERALES PARA LA ALIMENTACION DEL NIÑO O NIÑA A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD

LA LIMPIEZA E HIGIENE

- La mamá o la persona que cuida al niño o niña debe lavarse las manos con agua y jabón especialmente:
 - Antes de preparar la comida del niño o niña
 - Antes de alimentar al niño o niña
 - Despues de ir al baño
 - Despues de limpiar la caca del niño
- Si el niño o niña ya come por si solo/a, se le debe lavar sus manitos con agua y jabón antes de las comidas
- Lavar los alimentos que NO serán cocidos (frutas, verduras), con abundante agua limpia (hervida, filtrada o clorada)
- Lavar los platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua limpia(hervida, filtrada o clorada)



LA VARIEDAD Y FRESCURA DE LO ALIMENTOS

- Es importante variar los alimentos de la dieta
- Los alimentos deben consumirse rápidamente después de su preparación, NO SE LOS DEBE GUARDAR
- Antes del primer año de vida NO se debe dar: LECHE ENTERA, QUESO, HUEVO, PESCADO, CITRICOS, TOMATE, KIWI, FRUTILLA, CHOCOLATE, VAINILLA, MANIES, NUECES, ALMENDRAS.
- Las sopitas o caldos ralos (aguados) solo llenan el estomago del niño o niña y NO lo alimentan adecuadamente



LA ALIMENTACION ACTIVA Y PERCEPTIVA

- La madre o la persona que cuida al niño o niña, debe dedicar tiempo a la alimentación, estar con el niño o niña hasta que termine su comida y animarle con cariño para que coma
- El niño o niña debe sentir que este es un momento muy importante, que le produce placer, seguridad y amor
- El niño o niña debe ser la primera persona de la familia en alimentarse
- Es necesario que el niño o niña se acostumbre a tener horarios de alimentación y que no coma dulces ni golosinas antes de las comidas
- Es importante que la madre o cuidador que alimenta al niño o niña reconozca las señales de hambre o saciedad del niño



NUTRIBEBÉ: ALIMENTO COMPLEMENTARIO ENRIQUECIDO

- El Nutribebé no reemplaza una alimentación complementaria adecuada; la enriquece con micronutrientes (vitaminas y minerales) y energía
- El Nutribebé debe ser administrado a niños de 6 a 23 meses de edad, particularmente a los que viven en regiones donde existe una elevada inseguridad alimentaria
- Viene en bolsas trilaminadas de 750 g, con una cuchara dosificadora de 25 g. Una vez que el envase ha sido abierto el producto debe ser consumido durante los 60 días siguientes. Es importante que el Nutribebé sea guardado en un lugar fresco, seco y protegido del sol
- Para preparar el Nutribebé es necesario:
 - Lavarse las manos antes de preparar el producto
 - Emplear utensilios limpios, mejor recién lavados con agua hervida
 - Llenar una medida (25 g) de Nutribebé y vaciarla en el plato del niño o niña; luego llenar dos medidas de agua limpia u otro líquido y mezclar la preparación
 - La preparación debe tener consistencia de puré o papilla
- Preparar el puré de Nutribebé dos veces al día y darle al niño o niña COMO ENTRECOMIDAS (o meriendas)
- El niño o niña debe comer todo el puré de Nutribebé y no se debe guardar el puré preparado
- Para recoger una siguiente entrega, la madre debe devolver las dos bolsas vacías del Nutribebé consumido por el niño o niña
- LA HIGIENE DURANTE LA PREPARACIÓN DEL NUTRIBEBÉ ES MUY IMPORTANTE

PROBLEMAS FRECUENTES EN LA LACTANCIA MATERNA

Problemas encontrados	Orientación o acción a tomar	Problemas encontrados	Orientación o acción a tomar
La madre refiere poca producción de leche	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rara vez es un problema real, generalmente el niño o niña recibe la cantidad de leche que necesita ➤ Los signos que realmente indican que el bebé está recibiendo poca leche son: <ul style="list-style-type: none"> • Poca ganancia de peso (menos de 500 g al mes) • Orina menos de 6 veces al día ➤ Las posibles causas de poca producción de leche son: <ul style="list-style-type: none"> • Mamadas poco frecuentes • Horarios rígidos para la lactancia • No lo amamanta por la noche • Mal agarre • Enfermedades de la boca del niño o niña: paladar hendido, moniliasis • Reciba otros líquidos • Reciba mamadera • La mamá tiene poca confianza en sí misma, está preocupada, cansada o le disgusta amamantar. • La mamá usa anticonceptivos orales • La mamá consume alcohol o tabaco ➤ Evaluar la lactancia materna, identificar cuál es el problema y corregirlo 	El niño o niña llora mucho	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las causas de llanto excesivo del niño o niña lactante son: <ul style="list-style-type: none"> • Está incómodo/a (está sucio/o, muy abrigado o desabrigado) • Está cansado/a, debido a que muchas personas lo visitan • Tiene dolor o está enfermo, el llanto es muy agudo • Está hambriento/a • La madre está comiendo comidas condimentadas, toma mucho café, fuma o toma medicamentos • Tiene cólico • Es un bebé demandante, algunos niños/as lactantes lloran más que otros y exigen ser mantenidos en brazos ➤ Identifique el problema y corríjalo
Si al observar la lactancia el niño o niña presenta mal agarre o mala posición	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Corregir la posición y/o el agarre ➤ Explicar a la madre las consecuencias de la mala posición y/o agarre 	La madre tiene pezones adoloridos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Generalmente se debe a un mal agarre del niño o niña, o al uso frecuente de jabón y agua (que elimina el aceite natural de los pezones) o a una infección de los pezones (moniliasis) ➤ Recomiende: <ul style="list-style-type: none"> • Continuar con el seno materno, el niño o niña debe iniciar las mamadas en el seno menos afectado • Mejorar la posición y el agarre • Aplicar su propia leche al pezón, después de las mamadas • Dejar los pezones expuestos al aire • Si es necesario dar a la madre 500 mg de paracetamol para el dolor • Considerar dar el pecho en otra posición
Pechos dolorosos, hinchados, tensos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar el pecho con mayor frecuencia asegurando buena posición y agarre ➤ Si luego de que el niño o niña no ha vaciado ambos senos, extraerse la leche manualmente o con extractor ➤ Colocar compresas de agua fría sobre los pechos después de amamantar o extraer la leche 		

EVALUAR LA SALUD ORAL DEL NIÑO O NIÑA

➤ Determinar si hay caries	<ul style="list-style-type: none">• Revisar las arcadas superior e inferior, con la ayuda de baya lenguas• Si observa la presencia de caries (una o más), refiera al niño a la consulta odontológica
➤ Evaluar las prácticas de higiene oral del niño o niña	<ul style="list-style-type: none">• Preguntar: ¿Cómo asean la boca y los dientes del niño?
➤ Dar recomendaciones para la salud oral del niño o niña	<ul style="list-style-type: none">• Realizar diariamente la higiene de los dientes dos veces al día utilizando una gasa húmeda, paño bien limpio o un cepillo dental suave y pequeño, puede emplear pasta dental para niños/as• Acostumbrar al niño o niña al cepillado de los dientes después cada comida y antes de dormir• Referir al dentista para aplicaciones de flúor, si no las recibió los seis meses previos, a partir del año de edad• Recomendar alimentos que den resistencia al diente (leche, queso, pescado, cereales, frutas y verduras), de acuerdo a la edad del niño o niña• Evite el uso de mamaderas o chupones• Recomendar el control odontológico (con el dentista) por lo menos una vez al año, a partir de la erupción de sus primeros dientes• Si está disponible, emplear sal con flúor, además de yodo (sal fluoro-yodada), para la preparación de los alimentos
Conducta frente a la salida o erupción de los dientes	<ul style="list-style-type: none">• Los primeros dientes del niño o niña comienzan a salir entre los 4 a 6 meses de edad en la arcada inferior (incisivos inferiores)• En este período el niño está molesto e irritable, puede tener fiebre y salivación excesiva (babeo); este período suele durar una a dos semanas• En caso de ser necesario administrar paracetamol, de acuerdo a la edad

RECOMENDACIONES PARA EVALUAR EL DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD

DE 0 A 3 MESES	DE 4 A 6 MESES	DE 7 A 9 MESES	DE 10 A 12 MESES	DE 13 A 18 MESES	DE 19 A 24 MESES
<p>A esta edad el niño debe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patalear vigorosamente 2. Sobresaltarse con un ruido 3. Seguir con la mirada 4. Levantar la cabeza 5. Buscar sonidos con la mirada 6. Reconocer a su madre 	<p>A esta edad el niño debe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener firme la cabeza cuando se sienta 2. Agarrar objetos voluntariamente 3. Pronunciar 4 o más sonidos diferentes 4. Aceptar y agarrar juguetes 	<p>A esta edad el niño debe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentarse solo sin ayuda 2. Agarrar un objeto con los dedos 3. Pronunciar palabras 4. Imitar aplausos 	<p>A esta edad el niño debe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gatear 2. Buscar objetos escondidos 3. Negar con la cabeza 4. Tomar una taza solo 	<p>A esta edad el niño debe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caminar solo 2. Pasar las hojas de un libro 3. Combinar 2 palabras 4. Señalar dos partes de su cuerpo 	<p>A esta edad el niño debe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patear pelota 2. Hacer garabatos 3. Nombrar 5 objetos 4. Controlar su orina en el día

- Para la evaluación del desarrollo, emplee el Carnet de Salud Infantil
- Esta evaluación es muy básica y puede ser realizada solamente preguntando a la madre o cuidador/a
- Esta evaluación debe ser realizada a todos los niños menores de 2 años, exceptuando a los niños/as enfermos y con clasificaciones graves y que deben ser referidos URGENTEMENTE al Hospital
- Para realizar la evaluación del desarrollo primero identifique el grupo de edad, en meses, que corresponde al niño o niña menor de 2 años
- Luego pregunte a la madre o cuidador si el niño o niña cumple el hito evaluado y marque, en el CSI, una ✓ para cada hito que el niño o niña cumple, de acuerdo a su edad
- Si la madre o cuidador/a no es capaz de responder algún hito: solicite a la madre que intente que el niño o niña realice el hito
- EN CASO DE QUE EL NIÑO O NIÑA NO REALICE UNO O MAS HITOS DE DESARROLLO, DE ACUERDO A SU EDAD, REFERIRLO/A AL HOSPITAL PARA UNA EVALUACION MAS DETALLADA, DONDE SE DEFINIRÁ LA CONDUCTA POSTERIOR

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES: SUPLEMENTACIÓN UNIVERSAL Y TERAPÉUTICA

➤ VITAMINA A. Como suplemento universal a todos los niños/as de 6 meses a menores de 5 años

- Dar una megadosis en el servicio de salud si no la recibió en los últimos 6 meses y registrar en el CSI.
- El niño o niña debe recibir dos megadosis, cada año/vida, con un intervalo de 6 meses

EDAD	VITAMINA A MEGADOSIS	
	200.000 UI	100.000 UI
6 a 11 meses	1/2 perla	1 perla
12 meses a menor de 5 años	1 perla	2 perlas

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

EDAD	DOSIS UNICA DE VITAMINA A
2 a 5 meses	50.000 UI (media perla de 100,00 UI)
6 a 11 meses	100.000 UI
12 meses a menor de 5 años	200.000 UI

Si el niño o niña tiene desnutrición aguda grave, diarrea persistente o sospecha de sarampión, administrar vitamina A, incluso si recibió una dosis en los últimos 6 meses

➤ CHISPITAS NUTRICIONALES Y HIERRO

- Como suplementación universal para todos los niños de 6 meses a menores de 5 años

EDAD	Chispitas Nutricionales	Solución de Hierro en gotas 25 mg. Hierro elemental por mL 1.25 mg de hierro = 1 gota
6 a 11 meses	1 sobre por día (60 sobres)	
12 meses a menor de 2 años	1 sobre por día (60 sobres)	
2 años a menor de 3 años		25 gotas/día (3 frascos/año vida)
3 años a menor de 5 años		30 gotas/día (4 frascos/año vida)

- No administrar solución de hierro en caso de malaria
- No administrar solución de hierro en caso de desnutrición aguda severa
- El hierro puede producir cambio en el color de las heces (café oscuro)
- Las Chispitas nutricionales deben ser tomadas durante 60 días seguidos cada año, cada día un sobre

En el caso de niño o niñas prematuros se puede iniciar el empleo diario de Solución de Hierro en gotas, a partir de los 2 meses hasta los 6 meses de edad a la dosis de 10 gotas por dia. A partir de los seis meses iniciar Chispitas Nutricionales de acuerdo a normas

ADMINISTRAR ZINC EN DESNUTRICIÓN AGUDA, DIARREA Y TALLA BAJA

➤ Zinc

A. Zinc. Para tratamiento de la desnutrición aguda moderada y diarrea (aguda, persistente y disentería, en niños/as de 2 meses a menores de 5 años)

EDAD	Jarabe de Zinc Frasco de 20 mg/5mL Administrar una vez al día durante 14 días	Tabletas dispersables de Zinc Tableta de 20 mg Diluir en 5 mL de agua (una cucharilla) administrar una vez al día durante 14 días
2 a 6 meses	Media cucharilla	Media tableta
6 meses a menor de 5 años	Una cucharilla	Una tableta

B. Zinc. Para suplementación terapéutica en talla baja, en niños/as de 6 meses a menores de 2 años

Jarabe de Zinc Frasco de 20 mg/5mL Administrar una vez al día durante 3 meses (12 semanas)	Tabletas dispersables de Zinc Tableta de 20 mg Diluir en 5 mL de agua (una cucharilla) administrar una vez al día durante 3 meses (12 semanas)
Media cucharilla (10 mg)	Media tableta (10 mg)

Nota: Si el niño o niña tiene diarrea, además de talla baja, primero completar el tratamiento con zinc para la diarrea, a las dosis indicadas en el cuadro A y luego continuar con el zinc a las dosis indicadas en el cuadro B.

➤ El zinc debe ser administrado alejado de las comidas; por ejemplo, durante la noche, antes de dormir.

MICRONUTRIENTES: GUÍA DE MENSAJES CLAVE QUE DEBEN SER TRANSMITIDOS A LA MADRE Y FAMILIA DE LOS NIÑOS/AS DE 6 MESES A MENORES DE 5 AÑOS

Micronutriente	¿Por qué debe darle a su niño?	¿En qué alimentos se encuentra?	¿Cómo se suplementa?
Vitamina A (Suplementación universal)	<ul style="list-style-type: none"> La vitamina A es necesaria para una buena salud, protege los ojos y hace que el cuerpecito del niño o niña se defienda mejor contra las infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> La vitamina A se encuentra en la leche materna, sobre todo en la primera leche (calostro) Los vegetales de hojas de color verde oscuro (ej. espinaca), las frutas de color amarillo (mango, papaya) verduras y las zanahorias, tienen vitamina A También el hígado de los animales, sobre todo de las ovejas, tiene vitamina A Cada vez que compre azúcar o aceite para cocinar, fíjese que estén Enriquecidos con vitamina A 	<ul style="list-style-type: none"> Además de los alimentos que tienen vitamina A, los niños/as necesitan dosis adicionales de vitamina A Puede conseguir la vitamina A en 'perlas', en todos los establecimientos de salud, el personal de salud le administrará la perla directamente a su niño o niña Es necesario que su niño o niña reciba una dosis entre los 6 meses y 11 meses de edad, 100,000 UI A partir del año de edad, debe recibir una dosis cada 6 meses, 200,000 UI Esto protegerá la salud de su niño
Hierro (Suplementación universal)	<ul style="list-style-type: none"> Si el niño o niña pequeño/a tiene anemia no podrá ser un buen estudiante cuando entre al colegio El hierro evita que el niño o niña presente anemia El hierro durante el embarazo reduce el riesgo de muerte de la madre y del nacimiento antes de término 	<ul style="list-style-type: none"> Es necesario que el niño o niña a partir de los seis meses de edad continúe con la lactancia materna, y reciba alimentos ricos en hierro (carne, hígado, verduras) El pan debe ser preparado con harina enriquecida con hierro 	<ul style="list-style-type: none"> A partir de los 6 meses de edad y hasta los 11 meses el niño o niña debe recibir Chispitas Nutricionales, 1 sobre cada día, por 60 días seguidos A partir de los 11 meses, hasta antes de cumplir los 2 años, el niño o niña debe recibir una segunda dosis de Chispitas Nutricionales, 1 sobre cada día, por 60 días seguidos Las Chispitas se mezclan con una porción de la comida (papillas) de su niño o niña, esta porción debe ser ingerida completamente A partir de los 2 años, debe recibir gotas de hierro A veces, los niños/as que reciben hierro pueden presentar coloración oscura de los dientes o de las heces, esto no debe provocar la suspensión del hierro La coloración oscura de los dientes puede ser limpiada fácilmente y la coloración oscura de las heces se pasa cuando se concluye con la suplementación
Zinc (Suplementación terapéutica)	<ul style="list-style-type: none"> El zinc es un mineral necesario para que el cuerpo funcione bien El zinc mejora las defensas del cuerpo contra las infecciones El zinc acorta la duración de la diarrea Si el niño o niña de 6 a 23 meses tiene talla baja, el zinc le ayudará a crecer Es necesario que el niño o niña reciba zinc cuando tiene diarrea, además de más líquidos y seguir alimentándole 	<ul style="list-style-type: none"> Las carnes y vísceras son buenas fuentes de zinc 	<ul style="list-style-type: none"> El zinc que se da a los niños con diarrea y talla baja es una tableta que se disuelve con un poco de agua limpia, segura (una cuchara) El niño debe recibir el zinc siguiendo las recomendaciones del personal de salud El Nutribebé y las Chispitas Nutricionales también contienen zinc

RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO ENFERMO

- Si el niño tiene la nariz tapada, colocarle gotas de aguda tibia en las fosas nasales para destapar la nariz
- Continuar con la lactancia materna, más veces que de costumbre
- Si el niño/a es mayor de 6 meses aumentar la cantidad de líquidos
- Si el niño está desganado y no quiere comer es importante que la madre o la persona que le cuida, insista en su alimentación
- Es importante que el niño(a) siga comiendo las mismas comidas en pequeñas cantidades, con mayor frecuencia
- Todos los alimentos a dar al niño(a) deben estar bien cocidos e higiénicamente preparados.
- Todos los utensilios deben estar limpios
- Durante la recuperación, el niño/a debe recibir una ración extra

CÓMO ALIMENTAR AL NIÑO CON DIARREA PERSISTENTE SIN DESHIDRATACIÓN

➤ Recomendaciones generales:

- Continuar con la leche materna, exclusiva en menores de 6 meses y prolongada hasta los 2 años o más
- Seguir las recomendaciones nutricionales según la edad (Págs. 122 y 123)
- Evitar consumo de gaseosas o jugos dulces

➤ Si el niño o niña recibe leche de vaca o leche artificial (en polvo):

- Suspender la leche de vaca o leche artificial
- Reemplazar la leche de vaca por yogurt natural diluido (sin saborizantes ni sustancias que lo endulcen)
 - Preparar el yogurt del siguiente modo:

Edad	Cantidad de yogurt natural:	Cantidad de agua hervida tibia para mezclar	Cantidad de azúcar
2 a 6 meses	2 cucharas (1 onza)	1 cuchara y media (3/4 de onza)	0
6 a menor de 12 meses	4 cucharas (2 onzas)	2 cucharas (1 onza)	1 cucharilla (5 g)
1 año a menor de 2 años	6 cucharas (3 onzas)	4 cucharas (2 onzas)	1 cucharilla y media (7.5 g)
2 años a menor de 5 años	8 cucharas (4 onzas)	6 cucharas (3 onzas)	3 cucharillas (15 g)

- Administrar el yogurt preparado, solamente como reemplazo a la leche de vaca o leche artificial que el niño o niña tomaba, el niño o niña debe tomar esta preparación con cucharilla o vaso, desaliente el empleo del biberón (o mamadera)

TRATAR AL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD

GUIA PARA EL MANEJO DEL NIÑO O NIÑA CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA SIN COMPLICACIONES

- Verificar prácticas nutricionales y corregirlas en caso necesario (Formulario de Atención Sistematizada o de Registro)
- Dar orientación nutricional en base al cuadro de Recomendaciones Nutricionales Según Edad (Págs. 122 y 123)
- Administrar suplementos vitamínicos y minerales:
 - Administrar vitamina A de acuerdo a edad, si no la recibió en los últimos seis meses
 - Dar Chispitas Nutricionales a niños de 6 meses a 2 años, según normas
 - Dar jarabe de hierro a niños mayores de 2 años de edad, según normas
 - Administrar zinc de acuerdo a edad
- Enseñar el uso del Alimento Terapéutico Listo para el Uso (ATLU) y entregar la provisión que corresponda a la edad del niño o niña
- Otras medidas
 - Evaluar desarrollo psicomotor
 - Evaluar salud oral
 - Indicar a la madre cuándo volver de inmediato

Niño o niña menor de 6 meses	Niño o niña de 6 meses a 2 años						
<ul style="list-style-type: none">• Lactancia Materna exclusiva• Recomendar a la madre que le dé el seno las veces que el niño o niña quiera, por lo menos 10 veces durante el día y la noche (debe vaciar los dos pechos)• En caso de que la madre haya suspendido la lactancia, aplicar técnica de relactancia• En caso de que no sea posible la relactancia referir a UNI	<p>* El niño o niña debe recibir el Alimento Terapéutico Listo para el Uso (ATLU), en su hogar, durante DOS SEMANAS, según las dosis presentadas a continuación:</p> <table border="1"><thead><tr><th>Edad</th><th>NÚMERO DE SOBRES DE ATLU PARA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA</th></tr></thead><tbody><tr><td>6 a 23 meses</td><td>1 en 24 horas</td></tr><tr><td>2 años a menor de 5 años</td><td>2 en 24 horas</td></tr></tbody></table> <p>En el país se emplea el ATLU: Plumpy' Nut ® La cantidad de ATLU para la Desnutrición Aguda Grave es más elevada</p>	Edad	NÚMERO DE SOBRES DE ATLU PARA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA	6 a 23 meses	1 en 24 horas	2 años a menor de 5 años	2 en 24 horas
Edad	NÚMERO DE SOBRES DE ATLU PARA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA						
6 a 23 meses	1 en 24 horas						
2 años a menor de 5 años	2 en 24 horas						

- El niño o niña con desnutrición aguda moderada debe regresar al establecimiento para realizar seguimiento nutricional cada 7 días
- Una vez que hayan concluido las dos semanas de tratamiento con ATLU y la evolución es favorable, realizar seguimiento cada 15 días durante dos meses
- Para realizar el seguimiento nutricional se empleará el Formulario de seguimiento nutricional para niños o niñas de 2 meses a menores de 5 años

**GUÍA PARA EL MANEJO INICIAL DE NIÑO O NIÑA CON DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE
CUANDO NO ES POSIBLE REFERIR INMEDIATAMENTE
(PARA LAS PRIMERAS 12 HORAS, MIENTRAS SE EFECTIVIZA LA REFERENCIA)**

NIÑO O NIÑA de 2 meses a menor de 6 meses de edad	NIÑO O NIÑA de 6 meses a menor de 5 años de edad
<p>Además del tratamiento indicado en EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO O NIÑA para la clasificación DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE, seguir las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar que el niño o niña se enfrie (abrigarle, alejarle de ventanas y corrientes de aire o colocar estufa, cuando sea necesario) ➤ Administrar por vía oral 50 mL de dextrosa al 10% una sola vez ➤ Darle leche materna, en tomas de 20 minutos cada dos horas ➤ Si no recibe seno materno, excepcionalmente, se debe dar una fórmula láctea para lactantes pequeños , en el Marco de la Ley 3460 ➤ REFERIR AL HOSPITAL manteniendo el seno materno ➤ Si la referencia al hospital no es posible, referir a la UNI más cercana 	<p>Además del tratamiento indicado en EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO O NIÑA para la clasificación DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE , seguir las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar que el niño o niña se enfrie (abrigarle, alejarle de ventanas y corrientes de aire y colocar estufa, cuando sea necesario) ➤ Administrar por vía oral 50 mL de dextrosa al 10% una sola vez ➤ Dar Alimento Terapéutico Nutricional Listo Para el Uso (ATLU) cada 2 horas, hasta completar el número de sobres que le corresponde a la edad (ver cuadro de la página siguiente) ➤ Continuar con la lactancia materna ➤ REFERIR AL HOSPITAL manteniendo el consumo del Alimento Terapéutico Nutricional Listo Para el Uso (ATLU) ➤ Si la referencia al hospital no es posible, referir a la UNI más cercana

ES NECESARIO QUE EL NIÑO O NIÑA CON DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE SEA ATENDIDO/A EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA PARA EL MANEJO DE ESTA CONDICIÓN

EN CASO QUE LA REFERENCIA A LA UNIDAD ESPECIALIZADA SEA IMPOSIBLE Y SI EXISTE UNA UNI CERCANA, ES RECOMENDABLE REFERIR AL NIÑO/A A LA UNI

USO DEL ALIMENTO TERAPÉUTICO NUTRICIONAL LISTO PARA USO (ATLU – PLUMPY'NUT)

RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL USO DEL ATLU EN EL NIÑO O NIÑA MAYOR DE 6 MESES	DOISIS Y NÚMERO DE SOBRES DE ATLU (PLUMPY'NUT) PARA EL TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE, MIENTRAS SE ORGANIZA O SE LOGRA LA REFERENCIA																				
<ul style="list-style-type: none">➤ El ATLU debe ser considerado como un medicamento para tratar la desnutrición aguda grave y moderada sin complicaciones➤ El ATLU, es el equivalente a una fórmula especial para el niño o niña con desnutrición aguda (F-100)➤ Es una pasta que viene en un paquete o sobre➤ No necesita ninguna preparación adicional (no debe ser cocido ni se le debe agregar sal, azúcar o aceite), está listo para su uso➤ El ATLU no necesita ser refrigerado, pero no debe ser expuesto al sol➤ El personal de salud debe DEMOSTRAR cómo administrar el ATLU➤ Durante el consumo de ATLU el niño o niña debe recibir agua hervida (enfriada) en la cantidad que desee beber. <p>Demostrar el uso de ATLU (Plumpy'Nut)</p> <ul style="list-style-type: none">➤ La madre o cuidador debe lavarse las manos antes de manipular o administrar el ATLU➤ Enseñar cómo abrir los sobres en una esquina, desde donde pueden ser ingeridos directamente o bien con una cuchara➤ Explicar la dosis diaria que le corresponde a su niño o niña➤ Explicar que el ATLU se administra en pequeñas cantidades, varias veces al día (8-12 veces)➤ Explicar que, mientras el niño o niña consume ATLU, debe tomar agua limpia para mantenerse hidratado<ul style="list-style-type: none">• Si el niño o niña quiere más agua, permítale beber más➤ Explicar que la cantidad sobrante debe ser conservada en el sobre solo hasta su siguiente administración,➤ Si el niño o niña recibe leche materna, debe seguir siendo amamantado, administrar ATLU <u>después</u> de cada mamada➤ Si el niño recibe alimentación complementaria, el ATLU debe darse <u>antes</u> de cualquier comida➤ Si el niño o niña aún tiene hambre después de la dosis correcta de ATLU, se le puede dar una pequeña cantidad de comida nutritiva hasta que esté satisfecho/a➤ Recalcar que la efectividad del tratamiento con ATLU requiere que sea cumplido de manera estricta➤ Solicitar a la madre o cuidador que guarde los sobres vacíos de ATLU ya que Ud. los revisará cada vez que controle al niño o niña➤ Explicar que solo el niño o niña bajo tratamiento puede consumir el ATLU y que no debe ser compartido con otros miembros de la familia	<table border="1"><thead><tr><th data-bbox="1364 517 1807 611">Peso del niño o niña en kg</th><th data-bbox="1364 517 1807 611">Nº de sobres por día</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="1364 611 1807 643">3.5 – 3.9</td><td data-bbox="1364 611 1807 643">1.5</td></tr><tr><td data-bbox="1364 643 1807 675">4.0 – 5.4</td><td data-bbox="1364 643 1807 675">2</td></tr><tr><td data-bbox="1364 675 1807 707">5.5 – 6.9</td><td data-bbox="1364 675 1807 707">2.5</td></tr><tr><td data-bbox="1364 707 1807 739">7.0 – 8.4</td><td data-bbox="1364 707 1807 739">3</td></tr><tr><td data-bbox="1364 739 1807 771">8.5 – 9.4</td><td data-bbox="1364 739 1807 771">3.5</td></tr><tr><td data-bbox="1364 771 1807 804">9.5 – 10.4</td><td data-bbox="1364 771 1807 804">4</td></tr><tr><td data-bbox="1364 804 1807 836">10.5 – 11.9</td><td data-bbox="1364 804 1807 836">4.5</td></tr><tr><td data-bbox="1364 836 1807 868">12.0 – 13.5</td><td data-bbox="1364 836 1807 868">5</td></tr><tr><td data-bbox="1364 868 1807 914">>13.5</td><td data-bbox="1364 868 1807 914">En base a 200Kcal/Kg/día*</td></tr></tbody></table> <p>*92 g del sobre de ATLU (Plumpy'Nut) contienen 500 Kcal Aporte promedio diario de 200 Kcal/Kg</p>	Peso del niño o niña en kg	Nº de sobres por día	3.5 – 3.9	1.5	4.0 – 5.4	2	5.5 – 6.9	2.5	7.0 – 8.4	3	8.5 – 9.4	3.5	9.5 – 10.4	4	10.5 – 11.9	4.5	12.0 – 13.5	5	>13.5	En base a 200Kcal/Kg/día*
Peso del niño o niña en kg	Nº de sobres por día																				
3.5 – 3.9	1.5																				
4.0 – 5.4	2																				
5.5 – 6.9	2.5																				
7.0 – 8.4	3																				
8.5 – 9.4	3.5																				
9.5 – 10.4	4																				
10.5 – 11.9	4.5																				
12.0 – 13.5	5																				
>13.5	En base a 200Kcal/Kg/día*																				

MEDICAMENTOS PARA SER ADMINISTRADOS POR VIA ORAL, TRATAMIENTOS EN EL HOGAR

➤ Enseñar a la madre a administrar los medicamentos por vía oral en el hogar

Seguir las instrucciones que figuran a continuación para todos los medicamentos orales que deben administrarse en el hogar:

- Determinar los medicamentos y las dosis apropiados para la edad y el peso del niño
- Explicar a la madre la razón por la cual se administra el medicamento al niño
- Mostrarle cómo medir la dosis
- Observar a la madre mientras practica la medición de la dosis
- Pedir a la madre que administre la primera dosis en el servicio de salud
- Explicarle minuciosamente cómo administrar el medicamento. Después guardar el medicamento en el envase y rotular el mismo (si corresponde)
- Si se debe administrar más de un medicamento seleccionar, contar y envasar cada medicamento por separado (si corresponde)
- Explicarle que todos los comprimidos, cápsulas y jarabes deben continuar administrándose hasta que termine el tratamiento, aunque el niño mejore
- Explicarle QUE DEBE guardar todos los medicamentos fuera del alcance de los niños/as
- Verifique que la madre ha entendido todas las explicaciones previas antes de que se vaya del Servicio de Salud.

MEDICAMENTOS QUE PUEDE SER ADMINISTRADOS POR VÍA ORAL EN CASA

➤ COTRIMOXAZOL

- El cotrimoxazol es el antibiótico de primera línea para el tratamiento ambulatorio (en el hogar) de la neumonía y para la infección aguda del oído

COTRIMOXAZOL (Trimetoprim+Sulfametoxazol)

Dar dos veces al día, durante 5 días en caso de neumonía y durante 10 días en caso de infección aguda del oído

Edad	COMPRIMIDO PEDIÁTRICO 20 mg trimetoprim 100 mg sulfametoxazol	Jarabe pediátrico En 5 mL: 40 mg trimetoprim 200 mg sulfametoxazol
2 a 5 meses	1 comp. 2 veces/día	2.5 mL 2 veces/día
6 meses a 2 años	2 comp. 2 veces/día	5 mL 2 veces/día
3 años a menor de 5 años	3 comp. 2 veces/día	7.5 mL 2 veces/día

Para cólera: administrar cotrimoxazol en dosis indicadas, durante 3 días

MEDICAMENTOS QUE PUEDE SER ADMINISTRADOS POR VÍA ORAL EN CASA

➤ TRATAMIENTO ORAL PARA MALARIA

ESQUEMA 1: CUANDO EL EXAMEN DE GOTAS GRUESAS Y PRUEBA RÁPIDA SON POSITIVAS PARA MALARIA POR P. VIVAX

EDAD	Cloroquina 150 mg Base (tabletas) Durante 3 días			Primaquina 5 mg (tabletas) Durante 7 días
	DIA 1	DIA 2	DIA 3	
Menor de 6 meses	1/4	1/4	1/4	NO
De 6 a 11 meses	1/2	1/2	1/2	1/2
De 1 a 2 años	1	1/2	1/2	1/2
De 3 a menor de 5 años	1	1	1	1

ESQUEMA 2: CUANDO EL EXAMEN DE GOTAS GRUESAS Y PRUEBA RÁPIDA SON POSITIVAS PARA MALARIA POR P. FALCIPARUM (NO COMPLICADA)

EDAD	Artesunato 50 mg (comprimidos) Dar por 3 días			Mefloquina 250 mg (tabletas)
	DIA 1	DIA 2	DIA 3	
De 3 meses a 6 meses	1/2	1/2	1/2	1/2
De 7 meses a menores de 2 años	1	1	1	1/2
De 2 años a menor de 5 años	1 y 1/2	1 y 1/2	1 y 1/2	3/4

➤ PARACETAMOL para la fiebre (temperatura axilar mayor a 38°C), dolor de oído, dolor durante la erupción de los dientes

EDAD	PARACETAMOL	
	Dar cada 6 horas hasta que pase la fiebre o el dolor de oído o dolor de la erupción de los dientes	
Gotas (1 mL=100 mg)		Comprimidos (100 mg)
2 a 5 meses	10 gotas cada 6 horas	
6 a 11 meses	15 gotas cada 6 horas	
1 año a 2 años		1 comp. cada 6 horas
2 años a menor de 5 años		1 1/2 comp. Cada 6 horas

➤ MEBENDAZOL

Mebendazol, tabletas de 500 mg

- Administrar 500 mg de mebendazol (1 tableta), en el servicio de salud a todo niño de 1 año a menor de 5 años, si no recibió ninguna dosis en los últimos 6 meses.

➤ CIPROFLOXACINA PARA DISENTERÍA

EDAD	CIPROFLOXACINA Comp.de 250 mg
2 a 5 meses	1/4 comp. Cada 12 horas por 3 días
6 a 11 meses	1/4 comp.cada 12 horas por 3 días
1 año a 2 años	1/4 comp.cada 12 horas por 3 días
2 años a menor de 5 años	1 comp.cada 12 horas por 3 días

ENSEÑAR A LA MADRE A TRATAR LA SUPURACIÓN DEL OÍDO

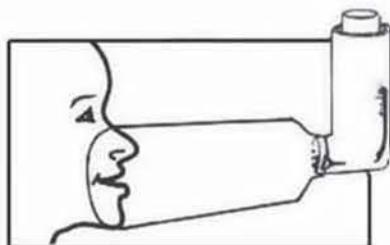
➤ Secar el oído con una mecha de gasa, tres veces al día:

- Retorcer un pedazo de gasa, formando una mecha
- Colocar la mecha en el oído del niño
- Retirar la mecha cuando esté empapada
- Con una mecha limpia, repetir el procedimiento hasta que el oído esté seco

ADMINISTRAR SALBUTAMOL EN AEROSOL EN CASO DE SIBILANCIAS

INSUMOS NECESARIOS

- Salbutamol para inhalar en aerosol (spray) de 200 dosis, 100 mcg por dosis,
- Aerocámara limpia de 400 o 500 cc (puede emplearse un recipiente vacío de suero (de medio litro o un vaso grande, adaptados para conectarse con el aerosol)



PROCEDIMIENTO

- Agite el inhalador de salbutamol
- Quite la tapa del inhalador
- Adapte el inhalador a la aerocámara
- Coloque el extremo abierto de la aerocámara sobre la boca y nariz del niño/a evitando que haya escape de aire
- Presione el inhalador una vez
- Deje que el niño respire el aerosol unas seis veces sin retirar la aerocámara o cuente hasta 10, lentamente
- Aplique una segunda dosis del inhalador
- Deje que el niño respire unas 6 veces sin retirar la aerocámara
- Retire la aerocámara
- Limpie la cara del niño/a
- Dé un poco de agua o leche materna al niño/a
- Espere 20 minutos y evalúe nuevamente la TOS o DIFICULTAD PARA RESPIRAR

ADMINISTRAR SALBUTAMOL EN AEROSOL EN EL HOGAR DURANTE 5 DIAS EN CASO DE QUE EL NIÑO/A PRESENTE SIBILANCIAS

- Administrar, cada 6 horas día y noche, siguiendo el procedimiento ya explicado
- Dar un máximo de 10 dosis al día
- Verifique si la madre comprendió el procedimiento (pedirle que repita el procedimiento)
- El niño/a debe ser referido al hospital para determinar el tratamiento a largo plazo

PLANES DE REHIDRATACIÓN

PLAN A: Tratar la diarrea en casa

Aconsejar a la madre sobre las 4 reglas de manejo de la diarrea en el hogar: 1)Aumentar líquidos; 2) Dar suplementación con zinc (de 2 meses a menores de 5 años); 3) Continuar alimentándolo; 4) Cuándo regresar al establecimiento de salud

1. Aumentar líquidos (tanto como el niño pueda beber)

- Dar las siguientes instrucciones a la madre:
 - Darle el pecho con frecuencia, y por más tiempo cada vez
 - Si el niño se alimenta exclusivamente de leche materna, darle sobres de Rehidratación Oral de Baja Osmolaridad* (SRO) después de cada deposición, además de la leche materna
 - Si el niño no se alimenta exclusivamente de leche materna, darle uno o varios de los siguientes líquidos: SRO de baja osmolaridad; agua limpia; sopas; agua de arroz, agua de canela, jugo de frutas frescas u otros líquidos de uso corriente en el hogar sin excesiva azúcar.

Es especialmente importante dar SRO si:

- Durante esta consulta el niño fue tratado con plan B o C
- El niño no podrá volver a un servicio de salud o si la diarrea empeora
- Enseñar a la madre a preparar la mezcla y a dar SRO. Entregarle dos sobres de SRO para usar en casa
- Mostrar a la madre la cantidad de líquidos que debe darle al niño en casa, además de los líquidos que habitualmente le da
 - Menor de 2 años 50 a 100 mL (1/4 a 1/2 taza) después de cada deposición acuosa
 - De 2 años a menor de 5 años 100 a 200 mL (1/2 a 1 taza) después de cada deposición acuosa

2. Dar suplementación con zinc (en el caso de niños/as de 2 meses a menores de 5 años)

- Explicar a la madre cuánto zinc debe dar al niño o niña según la edad
- Demostrar cómo disolver la tableta dispersible de zinc y dar la primera dosis al bebé

3. Continuar alimentándolo

- Apoyar la lactancia materna (exclusiva si es menor de 6 meses) y prolongada (si es mayor de 6 meses)

4. Cuándo regresar

PLAN B: Tratar la deshidratación con SRO*:

- Si no conoce el peso: dar SRO a libre demanda usando una taza y cucharilla
- Si conoce el peso: dar 50 a 100 mL/Kg durante 4 horas.
 - Si el niño quiere más SRO, darle más

• Muestre a la madre cómo se administra la SRO:

- Dar con frecuencia pequeños sorbos de líquido en una taza y con cucharilla
- Si el niño vomita esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente
- Continuar dándole el pecho siempre que el niño lo deseé

• Cuatro horas después

- Reevaluar al niño y clasificar la deshidratación
- Seleccionar el plan apropiado para continuar el tratamiento
- Si el niño continúa deshidratado repita plan B durante dos horas más
- Si el niño presenta signos de deshidratación grave: cambie a Plan C
- Si el niño no presenta signos de deshidratación: cambie a Plan A

• Si la madre tiene que irse antes de que termine la administración del tratamiento

- Iniciar la rehidratación oral por dos horas y si tolera, enseñe a la madre a preparar el SRO para continuar el tratamiento en el hogar.
- Enseñar a la madre las 4 reglas para el manejo de la diarrea en el hogar:

1)Aumentar líquidos

2) Dar suplementación con zinc (de 2 meses a menores de 5 años)

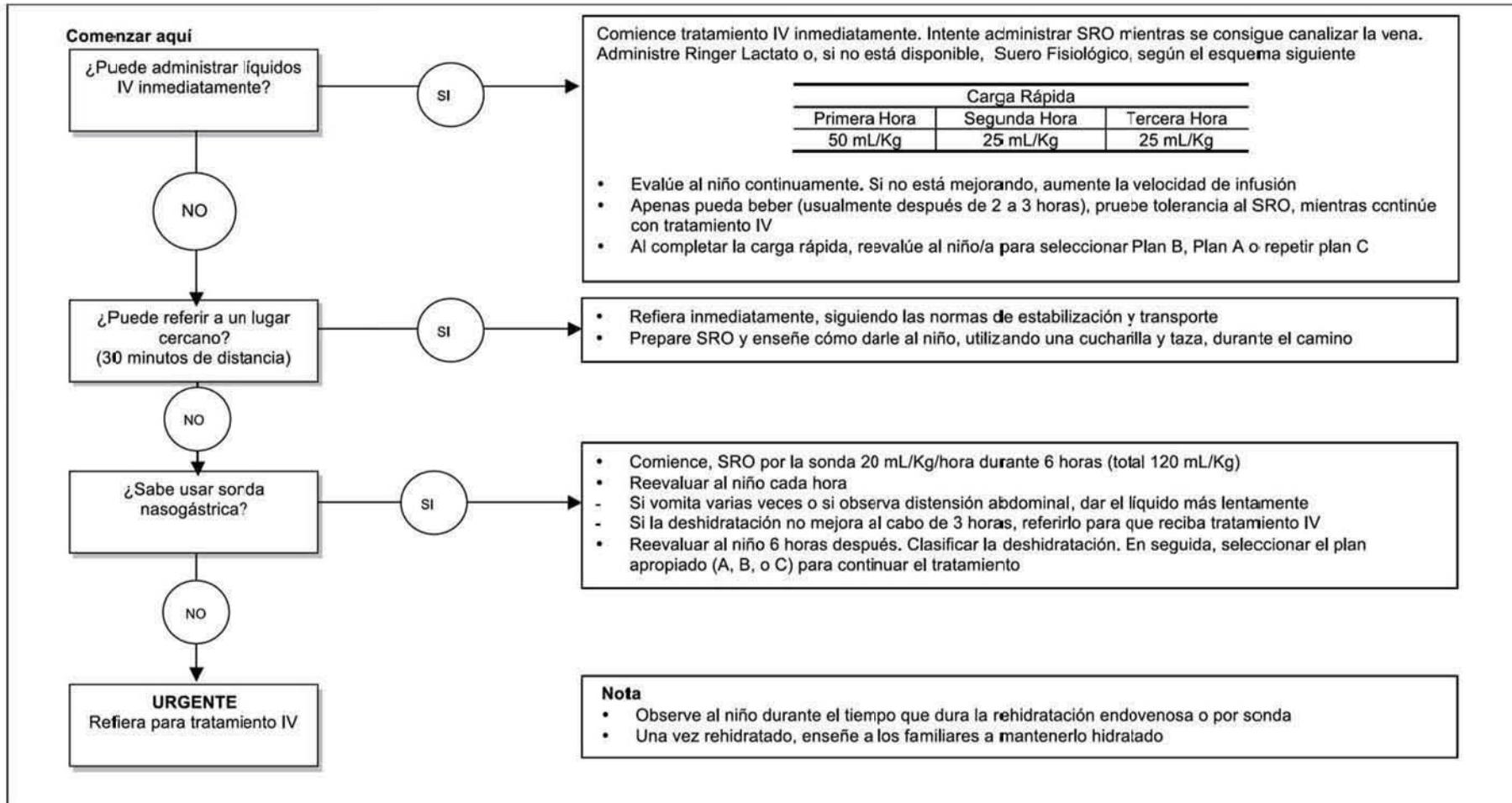
3) Continuar alimentándolo

4) Cuándo regresar al establecimiento de salud

*Por las ventajas del SRO de Baja Osmolaridad (245 mmol/L), es recomendable emplear este tipo de SRO
Si no se encuentra disponible, emplear el SRO tradicional (310 mmol/L)

Plan C: Tratar rápidamente la deshidratación grave.

(SEGUIR LAS FLECHAS: SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, IR A LA DERECHA; SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, IR HACIA ABAJO)



MEDICAMENTOS PARA SER ADMINISTRADOS POR VIA PARENTERAL (INYECTABLES)

- Administrar los tratamientos que figuran a continuación sólo en el servicio de salud, antes de referir al niño o niña

- Explicar a la madre la razón por la cual se administra el medicamento
- Determinar la dosis apropiada para la edad o el peso del niño
- Usar jeringas y agujas descartables y medir la dosis con exactitud
- Administrar el medicamento mediante inyección intramuscular

ANTIBIÓTICOS POR VIA INTRAMUSCULAR (IM)

PENICILINA PROCAINICA

EDAD	PENICILINA PROCAINICA Dosis: 50.000 UI por Kg/día (frasco de 400.000 UI) Diluir con 2 mL de agua destilada 1 mL = 200.000 UI
2 a 5 meses	1.5 mL
6 meses a menor de 2 años	2.5 mL
2 años a menor de 5 años	4.0 mL

SI NO ES POSIBLE REFERIR AL NIÑO O NIÑA:

- Repetir la inyección de penicilina procaina cada 24 horas durante 7 días
- En cuanto el niño sea capaz de tolerar la vía oral pasar a un antibiótico oral apropiado

CEFTRIAXONA

EDAD	CEFTRIAXONA 50 mg/kg/día vía IM 1 frasco = 1 gramo Disolver 1 frasco con 5 cc de agua destilada
2 a 5 meses	1.5 cc IM cada 24 horas
6 a 11 meses	2.0 cc IM cada 24 horas
1 año a menor de 2 años	3.0 cc IM cada 24 horas
2 años a menor de 5 años	4.0 cc IM cada 24 horas

SI NO ES POSIBLE REFERIR AL NIÑO O NIÑA:

- Repetir la inyección de CEFTRIAXONA cada 24 horas durante 7 días

DAR QUININA PARA CASOS GRAVES DE MALARIA (PREVIO EXAMEN DE GOTAS GRUESA Y PRUEBA RÁPIDA)

- Para los niños/as con enfermedad febril muy grave y malaria grave
- Dar la primera dosis de quinina intramuscular y referir URGENTEMENTE al hospital
- Utilizar jeringa de insulina (de 1 mL)

SI NO ES POSIBLE REFERIR AL NIÑO O NIÑA:

ESQUEMA 3: TRATAMIENTO RADICAL DE MALARIA POR P. FALCIPARUM EN MENORES DE 1 AÑO Y EN MALARIA GRAVE

EDAD	Sulfato de quinina 300 mg (tabletas VO) c/8 horas	Diclorhidrato de quinina (ampollas)			Clindamicina suspensión 80 mL (75 mg/5 mL)		
		300 mg = 2 mL			Durante 5 días VO c/12 horas		
		Vía IM 10 mg/kg/dosis c/8 h	Vía IV c/8 h 25 mg/kg/día	Mañana	Tarde	Noche	Mañana
2 a 5 meses (4 - 5 kg)	¼	0,3 mL	0,5 mL	0,5 mL	0,5 mL	1,2 mL	1,2 mL
6 a 11 meses (6 a 9 kg)	¼	0,5 mL	0,5 mL	0,5 mL	0,5 mL	1,2 mL	1,2 mL
1 a 2 años (10 a 12 kg)	½	0,7 mL	1 mL	1 mL	1 mL	5 mL	5 mL
2 a menor de 5 años (13 a 16 kg)	1	1 mL	2 mL	1 mL	1 mL	5 mL	5 mL

SI NO ES POSIBLE REFERIR AL NIÑO O NIÑA:

- El diclorhidrato de quinina intravenoso debe ser diluido en 100 mL de solución fisiológica o dextrosa al 5%, para pasar en 4 horas
- Una vez que la vía oral es tolerada, pasar a sulfato de quinina hasta completar 7 días de tratamiento
- Si no se puede canalizar vía venosa, emplear el diclorhidrato de quinina por vía intramuscular cada 8 horas
- Clindamicina por vía oral, por 5 días a partir del tercer día de iniciado el tratamiento con quinina por 5 días.

PROPORCIONAR ATENCIÓN DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Atender al niño que regresa para una consulta de reevaluación y seguimiento de acuerdo con las instrucciones de los recuadros que correspondan a las clasificaciones realizadas en la consulta integral anterior
- Si el niño presenta un problema nuevo: evaluar, clasificar y tratar al niño según el cuadro: EVALUAR Y CLASIFICAR
- Si el niño no es llevado al servicio de salud para reevaluación y seguimiento: Visite su domicilio

➤ Neumonía

Después de 2 días:

- Evaluar al niño para determinar si presenta signos de peligro en general
- Evaluar al niño para determinar si tiene dificultad para respirar

Preguntar

- El niño o niña ¿está respirando normalmente?
- ¿Le bajó la fiebre?
- ¿Está comiendo mejor?
- ¿Ha cumplido el tratamiento según lo recomendado?

Tratamiento

- Si hay algún signo de peligro en general, tireje subcostal, o si la frecuencia respiratoria sigue elevada, dar la primera dosis de un antibiótico intramuscular apropiado y referir URGENTEMENTE al hospital
- Si la respiración se ha normalizado, complete el tratamiento de 5 días con cotrimoxazol. Cite al niño para una nueva consulta integral

➤ Si el niño o niña presentaba sibilancias

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

➤ Diarrea

Después de 5 días (diarrea sin deshidratación) o 2 días (disentería):

- Evaluar nuevamente la diarrea

Preguntar

- ¿Disminuyó la frecuencia de la diarrea?
- ¿Hay menos sangre en las heces?
- ¿Bajó la fiebre?
- ¿Está comiendo mejor?
- ¿Está recibiendo suplementación con zinc, tal como se le indicó?
- ¿Ha cumplido el tratamiento según lo recomendado?

Tratamiento

- Si el niño está deshidratado, tratar la deshidratación
- Si la cantidad de evacuaciones, la cantidad de sangre en heces, la fiebre o la alimentación siguen igual o han empeorado: referir URGENTEMENTE al hospital
- Si el niño evaca menos, hay menos sangre en las heces, le ha bajado la fiebre y está comiendo mejor, continuar el tratamiento hasta su conclusión y citar al niño para una nueva consulta integral
- Reforzar la orientación sobre la suplementación con zinc

➤ Diarrea persistente

Después de 5 días, preguntar:

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

Tratamiento

- Si la diarrea continúa (si continúa teniendo tres o más evacuaciones acuosas por día): Referirlo al hospital para exámenes y tratamiento
- Si la diarrea ha disminuido (tiene menos de tres evacuaciones acuosas por día): Realizar recomendaciones nutricionales para la edad y citar al niño para una nueva consulta integral
- Reforzar la orientación sobre la suplementación con zinc

➤ **Malaria (en todas las zonas con riesgo de malaria)**

SI la fiebre persiste después de 2 días:

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

Tratamiento

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

➤ **Enfermedad Febril (en zonas sin riesgo de malaria)**

SI la fiebre persiste después de 2 días:

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

Tratamiento

- Si el niño o niña presenta cualquier **signo de peligro en general o rigidez de nuca**, tratar como **ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE**
- Si el niño o niña presenta cualquier **otra causa aparente de fiebre**, administrar tratamiento según la causa sospechada
- Cerciorarse que el niño o niña **no ha viajado a un área con riesgo de malaria** en los últimos 2 meses. Si ha viajado o proviene de un área con riesgo de malaria, tratar con antimalárico apropiado de acuerdo a resultado de gota gruesa y prueba rápida. Decir a la madre que regrese en 2 días, si la fiebre persiste
- Si la fiebre persiste durante 7 días, referir al niño o niña al hospital
- Si no hay ninguna causa aparente de fiebre, asumir que es una infección viral e indique manejo sintomático
- Aconsejar a la madre que le de al niño o niña mayor cantidad de líquidos y mantener la alimentación acostumbrada
- Indicar a la madre que vuelva en 2 días, si la fiebre persiste

➤ **Infección de oído**

Después de 5 días:

- Reevaluar el problema del oído

Tratamiento

- Si hay dolor o tumefacción retroauricular: referir URGENTEMENTE al hospital
- Infección aguda del oído: si el dolor de oído o la supuración persisten, continúe con el mismo antibiótico y refiera al hospital
- Infección crónica del oído: si después de 5 días de secado el oído persiste la secreción, referir al hospital
- Si no hay dolor ni supuración, completar el tratamiento con cotrimoxazol por 5 días más (hasta completar 10 días de tratamiento).

➤ **Desnutrición Aguda Moderada sin complicaciones**

Después de 7 días

- Realizar el Seguimiento de acuerdo al **FORMULARIO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL PARA NIÑOS/AS DE 2 MESES A MENOR DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA**

➤ **Talla baja**

- Verificar si el niño o niña recibe el zinc según el esquema recomendado (si éste micronutriente ha sido indicado)
- Verificar si el niño o niña ha recibido la alimentación según las recomendaciones realizadas y negociar con la madre las alternativas para mejorar la alimentación
- Evaluar la tendencia del crecimiento lineal en niños/as de 6 a 23 meses de edad
 - Si el niño o niña, en dos controles sucesivos, cada 2 meses, (niños/as de 6 - 11 meses) o cada 4 meses (niños/as de 12 a 23 meses), presenta crecimiento lineal inapropiado:
Referir a la UNI o al hospital para una evaluación

El personal de salud de la UNI o del hospital de referencia, es el único autorizado para repetir un nuevo ciclo de suplementación con zinc, luego de una valoración más profunda y la realización de exámenes complementarios.

ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE CUÁNDO DEBE VOLVER

Consulta de seguimiento para MENORES DE 2 MESES DE EDAD		Recomendar a la madre que vuelva de INMEDIATO si el niño (a) presenta cualquiera de los siguientes signos:
Si el niño o niña tiene clasificaciones de:	Volver para una consulta de seguimiento en:	
<ul style="list-style-type: none">• NEUMONIA• DISENTERRIA• MALARIA, si la fiebre persiste• ENFERMEDAD FEBRIL, si la fiebre persiste	2 días	<ul style="list-style-type: none">• Cualquier niño o niña enfermo que:<ul style="list-style-type: none">- No puede beber ni tomar el pecho- Empeora- Tiene fiebre
<ul style="list-style-type: none">• DIARREA PERSISTENTE SIN DESHIDRATACION• INFECCION AGUDA DE OIDO• INFECCION CRONICA DE OIDO• PROBLEMA DE ALIMENTACION• CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD, si no mejora	5 días	<ul style="list-style-type: none">• El niño o niña SIN NEUMONIA que presenta:<ul style="list-style-type: none">- Respiración rápida- Dificultad para respirar
<ul style="list-style-type: none">• DESNUTRICION AGUDA MODERADA SIN COMPLICACIONES	7 días	<ul style="list-style-type: none">• El niño o niña con DIARREA que presenta:<ul style="list-style-type: none">- Sangre en las heces- Dificultad para beber
• TALLA BAJA	30 días	<ul style="list-style-type: none">• El niño o niña con DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA:<ul style="list-style-type: none">- Presenta diarrea, tos, fiebre- No está tomando el seno o no quiere comer- No consume o no tolera el ATLU

CRONOGRAMA DE CONTROLES PARA CONSULTA INTEGRAL

Niños y niñas de 1 mes a menor de 2 años	Niños y niñas de 2 años a menor de 5 años
<p>1 control cada mes</p> <p>Controles (para el seguimiento) más frecuentes según clasificaciones AIEPI</p>	<p>1 control cada 2 meses</p> <p>Controles (para el seguimiento) más frecuentes según clasificaciones AIEPI</p>

RECOMENDAR A LA MADRE SOBRE SU PROPIA SALUD

- Si la madre está enferma, administrarle tratamiento o referirla al hospital
- Si tiene algún problema de las mamas (como ingurgitación o hinchazón de los senos, pezones doloridos, grietas en los pezones o infección de las mamas) realizar la orientación y administrar el tratamiento necesario
- Recomendarle que coma bien, o lo mejor posible, para mantenerse fuerte, sana y que aumente el consumo de líquidos en caso de que esté dando de lactar
 - Los alimentos deben ser variados (carne, verduras, frutas, cereales) y frescos
- Recomendar y orientar sobre el consumo de suplementos con micronutrientes:
 - Si está embarazada: Tabletas con hierro y ácido fólico
 - Si está en período de puerperio: Vitamina A 200,000 UI dosis única y tabletas con hierro y ácido fólico
- Preguntar los antecedentes de vacunación de la madre y si es necesario, colocarle toxoide tetánico
- Recomendarle sobre el cuidado de su salud oral
 - Si está embarazada, una buena alimentación ayudará al buen desarrollo de los dientes de su bebé
 - Debe visitar al dentista, al menos una vez al año para obtener mayor información y recibir tratamiento, si es necesario
 - Si está embarazada debe visitar al dentista al menos una vez durante el embarazo
 - Recomendar que se cepille los dientes por lo menos dos veces por día, en especial por la noche, antes de dormir
- Brindar orientación sobre:
 - Salud sexual y reproductiva
 - Prevención de ITS y SIDA (Pág. 20)

O referirla a otro establecimiento de salud para que reciba esta orientación

RECOMENDACIONES PARA EL TRANSPORTE DE NIÑOS/AS REFERIDOS AL HOSPITAL

1. PREVENIR Y/O TRATAR LA HIPOTERMIA

- Evitar que el niño o niña se enfríe:
 - Mantenerlo abrigado, incluyendo la cabeza, manos y pies
 - Evitar que le lleguen corrientes de aire
 - Utilizar una fuente de calor si disponible: caja o incubadora de transporte (en el caso de niños/as pequeños), o contacto piel a piel (técnica canguro)

2. PREVENIR Y/O TRATAR LA HIPOGLUCEMIA

- Administrar por vía oral (con cucharilla o un vaso), o mediante sonda naso-gástrica: 50 cc de una de las siguientes soluciones:
 - Leche materna
 - Dextrosa al 10%
 - Agua azucarada: Modo de preparar: Cuatro cucharillas de azúcar disueltas en una taza de 200 cc de agua limpia
- Si no tolera vía oral o está distendido/a, administrar: Dextrosa al 10%, POR VÍA ENDOVENOSA, 100 mL, pasar a 4 gotas o 12 micro-gotas por minuto

3. MANTENER LA VÍA AEREA PERMEABLE Y EN CASO NECESARIO, ADMINISTRAR OXÍGENO

- Limpiar o aspirar secreciones de la boca y de la nariz
- Mantener la cabeza en posición neutra (NO flexionada ni hiperextendida)
- Si el niño o niña tiene los labios cianóticos [morados], tiraje subcostal, quejido respiratorio, una frecuencia respiratoria muy elevada (más de 70 por minuto), o no puede beber: Administrar oxígeno empleando catéter naso-faríngeo durante el trayecto al Hospital
- Si el niño o niña presenta períodos de apnea (deja de respirar por 20 segundos) o paro respiratorio: Proveer ventilación Positiva empleando ambú
- El niño o niña necesita aire, nadie debe fumar ni encender o quemar ninguna sustancia cerca de él o ella

4. VIGILAR AL NIÑO O NIÑA DURANTE EL TRAYECTO AL HOSPITAL

- Frecuencia cardíaca
- Color de la piel
- Realizar maniobras de reanimación en caso de paro respiratorio o cardiaco

Es necesario que el personal de salud CAPACITADO acompañe al niño o niña referido durante el trayecto al hospital para cuidarlo/a durante el viaje, asegurarse de que llegará al hospital en las mejores condiciones posibles y verificar que será recibido/a y atendido/a por el personal del hospital de manera inmediata y adecuada

ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO

➤ CUIDADOS CON EL USO DEL OXÍGENO

- El oxígeno es altamente inflamable, evite que fumen o prendan fuego cerca de los balones de oxígeno
- El balón de oxígeno debe contar con manómetro que permita regular la salida del oxígeno

➤ COLOCACIÓN DEL CATÉTER NASO-FARÍNGEO (siempre usar catéter limpio)

- Antes de colocar el catéter nasal, asegurarse de que las fosas nasales se encuentran limpias
- Medir el catéter desde el ala de la nariz hasta el trago auricular
- Introducir cuidadosamente el catéter por la fosa nasal y visualizar que el extremo este 1 cm. debajo de la úvula
- Verificar periódicamente que el extremo no esté obstruido por secreciones

➤ DOSIS DEL OXÍGENO

- Por catéter nasal, la dosis de oxígeno es de 1 a 2 L/minuto, NO ADMINISTRAR MÁS CANTIDAD DE OXÍGENO QUE LA NECESARIA

FIGURA COLOCACIÓN DE CATÉTER NASOFARINGEO



A: Medir la distancia entre el ala de la nariz y el trago auricular

B: Corte sagital para ver la posición del catéter naso-faríngeo

C: La punta del catéter puede verse justo detrás del paladar

ANEXOS

- **HOJAS PARA LA ATENCION SISTEMATIZADA**
 - Adolescente
 - Mujer en edad fértil
 - Atención al recién nacido: Evaluar la condición al nacer
 - Atención al menor de 7 días que es llevado al establecimiento de salud
 - Atención al niño/a de 7 días a menor de 2 meses de edad
 - Atención al niño/a de 2 meses a menor de 5 años de edad
- **FORMULARIO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL PARA NIÑOS/AS DE 2 MESES A MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA**
- **CURVAS DE CRECIMIENTO MENORES DE 5 AÑOS**
- **CURVAS DE IMC ADOLESCENTES**
- **MAPA MALARIA**
- **SUPLEMENTACIÓN DE MICRONUTRIENTES EN EL CURSO DE LA VIDA**
- **AUTORES Y REVISORES**

HOJAS PARA LA ATENCIÓN SISTEMATIZADA

ATENCIÓN INTEGRAL AL/LA ADOLESCENTE (10-19 AÑOS)

EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Establishimiento de Salud: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre completo: _____							Edad.....años.....meses		
Sexo: F() M()	Peso: Kg	Talla: metros	IMC:	PA:	mmHg	Temp. axilar: °C			
Motivo(s) de consulta:				Primera visita () Visita de seguimiento () Acompañante: Padre () Madre () Otro.....					
EVALUAR: MARCAR CON CÍRCULO LOS SIGNOS PRESENTES							CLASIFICAR	TRATAR	
> EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE TODOS LOS/LAS ADOLESCENTES									
PREGUNTAR: <ul style="list-style-type: none"> Determinar el IMC mediante la siguiente fórmula: Peso actual Kg IMC = $\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla (m)}^2}$ O empleando la siguiente fórmula: IMC = $\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla (m)}} = \text{Resultado}$ 		VERIFICAR: <ul style="list-style-type: none"> Dónde cae el valor del IMC, empleando la curva de IMC por sexo 		<ul style="list-style-type: none"> OBESIDAD SOBREPESO DESNUTRICIÓN GRAVE O ANEMIA GRAVE DESNUTRICIÓN NO TIENE DESNUTRICIÓN NI OBESIDAD/SOBREPESO 					
> ADOLESCENTE DE SEXO FEMENINO: EVALUAR RETRASO MENSTRUAL									
¿YA TUVO LA PRIMERA MENSTRUACIÓN?							SI ()	NO ()	
En caso afirmativo: TIENE RETRASO MENSTRUAL? En caso afirmativo: FUM..... <ul style="list-style-type: none"> Ha tenido relaciones sexuales en las últimas 8 semanas? Usó/ usa algún método anticonceptivo? - Cuál?..... - Lo usó bien?..... Presenta náuseas / vómitos matinales? 							SI ()	NO ()	
EVALUAR TRASTORNOS MENSTRUALES: ¿TIENE SANGRADO VAGINAL ANORMAL Y/U OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON LA MENSTRUACIÓN?							SI ()	NO ()	
En caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> Presenta salida de coágulos o sangrado abundante? Tiene dolor intenso durante la menstruación? Los ciclos menstruales son irregulares? Duración del ciclo menstrual: - Menos de 21 días? - Más de 35 días? Duración del período menstrual - 2 días o menos - 7 días o más Ausencia de sangrado en 3 ciclos o 6 meses? Está muy irritable o de mal humor? Los pechos ¿están sensibles o le duelen? Tiene distensión abdominal? Tiene vómitos? 							<ul style="list-style-type: none"> Palidez palmar Fiebre Dolor abdominal Sangrado vaginal abundante, con coágulos y/o restos de membranas Compromiso del estado general Tiene clasificación de PROBABLE EMBARAZO 	<ul style="list-style-type: none"> PROBABLE ABORTO • TRASTORNO DEL CICLO MENSTRUAL • SINDROME PREMENSTRUAL/ DISMENORREA 	
> AMBOS SEXOS, EVALUAR RIESGO DE ITS Y VIH/SIDA EN ADOLESCENTES SEXUALMENTE ACTIVOS									
¿EL ADOLESCENTE HA INICIADO RELACIONES SEXUALES?							SI ()	NO ()	
En caso afirmativo: EVALUAR RIESGO DE ITS: <ul style="list-style-type: none"> Tiene más de un compañero(a) sexual? Cambia frecuentemente de pareja sexual? Usa preservativo (masculino – femenino)? Usa el condón adecuadamente? Inadecuadamente? Relaciones con personas desconocidas? La pareja Cursa con ITS? Vive 'en la calle'? Masculino: Tiene dolor / ardor al orinar? Femenino Tiene picazón o ardor vulvar? Tiene dolor/ sangrado vaginal después de relaciones? 							<ul style="list-style-type: none"> Masculino: - Secreción uretral - Lesiones en región anal / genital: Úlceras – Ampollas - Verrugas - Masas o ganglios inguinales Femenino: - Flujo vaginal anormal – Grisáceo Amarillento - Purulento - Lesiones en región genital y o anal: Ulceras – Ampollas - Verrugas - Masas o ganglios inguinales 	<ul style="list-style-type: none"> ITS ALTO RIESGO DE ITS BAJO RIESGO DE ITS 	
EVALUAR RIESGO DE VIH/SIDA <ul style="list-style-type: none"> Ha tenido relaciones sexuales sin condón? Usa drogas inyectables? Ha perdido peso? Es trabajador/a sexual? Ha recibido transfusiones de sangre o derivados? Existen antecedentes de violencia sexual? Tiene diarrea que dura más de un mes? Ha perdido el apetito? Tiene fiebre que dura más de un mes? 							<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de peso mayor al 10% o enflaquecimiento acentuado Ulceras en cavidad oral u otras mucosas Tiene clasificación de ITS 	<ul style="list-style-type: none"> RIESGO DE SIDA RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH BAJO RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH 	

AMBOS SEXOS: EVALUAR RIESGOS SOCIALES						
EVALUAR RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN TODOS LOS/LAS ADOLESCENTES: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Consumo tabaco/alcohol/thinner, clefa, gasolina u otros en forma regular? • Si no los consume ahora, ¿los ha consumido antes? • ¿En la familia se consume tabaco, alcohol / drogas? • ¿Su grupo de amigos consume tabaco/alcohol/drogas? • ¿Ha sufrido eventos traumáticos: crisis familiar o pareja/ duelo reciente /desintegración familiar/abuso? • ¿Vive en 'la calle'? • ¿Ha abandonado el colegio? • ¿Los padres son muy estrictos, permisivos o distantes/ausentes? • ¿Tiene fácil acceso a estas sustancias? 	<ul style="list-style-type: none"> • Descuido personal extremo 	<ul style="list-style-type: none"> • CONSUMO DE SUSTANCIAS • RIESGO PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS • BAJO RIESGO PARA CONSUMO DE SUSTANCIAS 				
EVALUAR RIESGO DE DEPRESIÓN : EL/LA ADOLESCENTE, ¿SE SIENTE O SE LE VE TRISTE? SI () NO ()						
En caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha realizado un intento suicida recientemente? • ¿Existen antecedentes familiares de depresión o suicidio? • ¿Habla frecuentemente de la muerte o suicidio, durante las últimas dos semanas? • ¿Ha sufrido algún evento traumático durante los últimos 3 meses? (muerte de un ser querido, separación de algún familiar o de la pareja, abuso físico, sexual o psicológico, VIOLENCIA, aborto reciente, etc.) • ¿Tiene cambios en el patrón del sueño durante las últimas dos semanas? (No puede dormir, despierta muy temprano, duerme mucho) • ¿Está realizando sus actividades habituales las últimas dos semanas? (comer normalmente, ir al colegio, practicar deportes, etc.) • ¿Se ha fugado de su casa? • ¿Cómo está su rendimiento en el colegio? 	Cambios durante dos semanas o más: <ul style="list-style-type: none"> • Descuido personal evidente • Se lo ve triste y deprimido • Llora con facilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • DEPRESIÓN GRAVE CON RIESGO DE SUICIDIO • SIGNOS DE ALERTA DE DEPRESIÓN 				
> EVALUAR FACTORES PSICOSOCIALES (RIESGOS/PROTECCIÓN O RESILIENCIA): FACTORES						
<ul style="list-style-type: none"> • Familia: Relación y grado de satisfacción con los padres, hermanos y otros. Con quién vive. Escolaridad y ocupación de los padres, aspectos socioeconómicos. • Amigos: Amistades, actividades, deportes, tipo de relaciones. • Colegio: Rendimiento y grado de satisfacción en el estudio y/o trabajo. Nivel de escolaridad. Tipo de colegio en el que estudia (particular o fiscal). Tipo de trabajo • Tóxicos: Experimentación o abuso del tabaco, alcohol, drogas. • Objetivo: Metas, objetivos personales en relación al estudio, trabajo, familia. Ideales, ilusiones. Proyecto de vida. • Riesgos: Práctica de deportes de riesgo, moto, coches, boxeo, ambientes violentos, abuso sexual • Estima: Aceptación personal, autoestima, valoración de la propia imagen, sentido de pertenencia e identidad familiar, identidad étnica- racial • Sexualidad: Grado de información, identidad sexual, temas que le preocupan 						
> EVALUAR OTROS PROBLEMAS: (Acné, otras enfermedades)						
> REALIZAR CONSEJERIA: SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPTIVA PARA TODOS LOS ADOLESCENTES						

Nombre del personal de salud:.....

HOJAS PARA LA ATENCIÓN SISTEMATIZADA

**EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO REPRODUCTIVO EN
MUJERES NO EMBARAZADAS EN EDAD FÉRIL**

**HOJA PARA LA ATENCIÓN SISTEMATIZADA (FORMULARIO DE REGISTRO)
EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES NO EMBARAZADAS EN EDAD FÉRTIL**

Nombre y apellidos:				Fecha: / /
Edad:	Peso:	Talla:	Temperatura:	IMC PA:
Primera consulta <input type="checkbox"/>		Consulta de seguimiento <input type="checkbox"/>		
Evaluar (marcar con círculo los signos presentes)				Clasificar
EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES NO EMBARAZADAS EN EDAD FÉRTIL				
PREGUNTAR:		VERIFICAR, DETERMINAR, OBSERVAR:		
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha estudiado en el colegio o escuela? • ¿Tiene antecedentes de alguna enfermedad? ¿Cuál? • ¿Se ha embarazado alguna vez? • Cuántos hijos tiene? • ¿Algún embarazo ha sido múltiple? • ¿Alguno de sus hijos ha nacido con bajo peso o alguna deformidad? • ¿Ha tenido abortos? • ¿Alguno de sus hijos ha muerto durante la primera semana después de nacer? • ¿Utiliza algún método anticonceptivo? • ¿Se hizo la prueba de Papanicolaou (PAP-IVAA)? • ¿Ha tenido flujo genital? • ¿Ha tenido dolor abdominal bajo? (vientre bajo, hipogastrio y/o fosas iliacas?) • ¿Tiene relaciones sexuales? ¿con una o más personas? • ¿Toma alcohol, fuma, consume drogas, de manera habitual? • ¿Ha tenido contacto con insecticidas y/o químicos? 		<ul style="list-style-type: none"> • Esquema de vacunación • Peso y Talla • IMC (índice de masa corporal). • Presión arterial • Palidez de piel y mucosas • Caries dental • Flujo genital. • Ulceras, vesículas, otras lesiones en genitales externos • Anemia o palidez palmar intensa. • VDRL-RPR - ITS/VIH (+) • Chagas o gota gruesa para malaria (+) • Presencia de signos de enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> - Cardiovascular - Pulmonar - Renal. - Neurológica - Endocrinológica - Infecciones • Infección urinaria 		<ul style="list-style-type: none"> • MUJER CON RIESGO SEXUAL Y REPRODUCTIVO • MUJER CON BAJO RIESGO SEXUAL Y REPRODUCTIVO

Comentarios:

VOLVER PARA CONSULTA DE SEGUIMIENTO O CONTROL EL...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL DE SALUD:.....

HOJAS PARA LA ATENCIÓN SISTEMATIZADA

EVALUAR LA CONDICIÓN AL NACER

**ATENCIÓN AL MENOR DE 7 DÍAS QUE ES LLEVADO AL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

**HOJA PARA LA ATENCIÓN SISTEMATIZADA (FORMULARIO DE REGISTRO)
EVALUAR LA CONDICIÓN AL NACER**

Apellidos del RN :				Fecha: / /
Edad (horas):	Peso:	Talla:	Temperatura:	Sexo: M () F ()

Evaluar (marcar con círculo los signos presentes)	Clasificar	Tratar
LUEGO DE LA ATENCIÓN INMEDIATA EVALUAR LA CONDICIÓN AL NACER		
PREGUNTAR:	VERIFICAR, DETERMINAR, OBSERVAR:	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hubo rotura prematura de membranas mayor a 12 horas? • ¿La madre presenta fiebre? • ¿La madre presentó flujo genital con mal olor? • ¿Hubo meconio en el líquido amniótico? • ¿El recién nacido ha sido reanimado, empleando maniobras de reanimación neonatal? 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria (usando la escala de Silvermean Andersen) • Color de la piel: <ul style="list-style-type: none"> - Cianosis generalizada - Palidez intensa • Verificar presencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Malformaciones - Traumas • Peso al nacer • Valorar la edad gestacional (Capurro) 	<ul style="list-style-type: none"> • CONDICIÓN GRAVE AL NACER • POSIBLE ASPIRACIÓN DE MECONIO • CONDICIÓN DE CUIDADO AL NACER • CONDICIÓN BUENA AL NACER

Comentarios:

VOLVER PARA CONSULTA DE SEGUIMIENTO O CONTROL EL...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL DE SALUD:.....

ATENCIÓN AL MENOR DE 7 DÍAS QUE ES LLEVADO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Apellidos del RN :		Fecha: / /
Edad:	Peso:	Talla: Temperatura:

Evaluar (marcar con círculo los signos presentes)	Clasificar	Tratar
DETERMINAR SI TIENE INFECCIÓN BACTERIANA PREGUNTAR: <ul style="list-style-type: none"> • ¿El recién nacido/a tuvo convulsiones? (ataques) • ¿Puede mamar o succionar? • ¿Vomita todo lo que mama? • ¿Tiene sangre en las heces? VERIFICAR, DETERMINAR, OBSERVAR: <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para respirar <ul style="list-style-type: none"> - Contar la frecuencia respiratoria en un minuto - Repetir si el recuento es alto o bajo - Tiraje subcostal severo - Aleteo nasal - Quejido respiratorio - Fontanela abombada • Irritable • Ombligo enrojecido o con supuración <ul style="list-style-type: none"> - ¿El enrojecimiento se extiende a la piel? • Tomar la temperatura axilar o sentir al tacto <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre - Hipotermia • Determinar el color de la piel: cianosis, palidez • Pústulas en la piel: <ul style="list-style-type: none"> - ¿10 ó más? - ¿Menos de 10? • Estado de conciencia: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Letárgico, inconsciente o hipoactivo? • Secreción ocular con o sin hinchazón de párpados • Peso 	<p>El bebé debe estar tranquilo/a</p> <ul style="list-style-type: none"> • INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE • INFECCIÓN OCULAR GRAVE • INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL • SIN INFECCIÓN BACTERIANA 	

DETERMINAR SI TIENE ICTERICIA NEONATAL <ul style="list-style-type: none"> • ¿Desde cuándo está amarillo (ictérico)? • ¿Lloró / respiró inmediatamente al nacer? • ¿Tiene antecedentes de reanimación neonatal? • ¿Ha tenido deposiciones <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuántas veces al día? • ¿Está orinando? <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuántas veces al día? • ¿Cuánto peso al nacer? 	<ul style="list-style-type: none"> • Zonas de ictericia: • Estado de Conciencia: letárgico, irritable • Determine: <ul style="list-style-type: none"> - Peso actual - Edad gestacional • ¿Hay hematomas en cualquier parte del cuerpo? • Estado de hidratación 	<ul style="list-style-type: none"> • ICTERICIA GRAVE • ICTERICIA 	
---	--	--	--

DETERMINAR SI TIENE PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO <ul style="list-style-type: none"> • ¿El RN es alimentado/a con leche materna? Si la respuesta es Sí: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuántas veces en 24 horas? • ¿El RN recibe otros líquidos? Si la respuesta es Sí: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles y con qué frecuencia? - ¿Qué utiliza para darle otros líquidos? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el peso • Verificar si tiene: <ul style="list-style-type: none"> - Ulceras o placas blanquecinas en la boca (moniliasis oral) • Evaluar el amamantamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • BAJO PESO GRAVE • PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO • SIN PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN NI BAJO PESO 	
---	--	--	--

ASPECTOS A EVALUAR	Práctica ideal	Práctica real	Conducta
➤ La posición para mamar ¿es correcta?	<ul style="list-style-type: none"> • La cabeza y el cuerpo del niño/a deben estar en línea recta • La nariz del niño/a deben estar frente al pezón • El cuerpo del niño/a deben estar pegados al cuerpo de la madre • La madre debe sostener todo el cuerpo del niño/a y no solo su cuerpo y hombros BUENA POSICIÓN – MALA POSICIÓN 		
➤ El agarre ¿es adecuado?	<ul style="list-style-type: none"> • Toca la mama o pecho con el mentón • Tiene la boca bien abierta • Tiene el labio inferior volteado hacia fuera • Se ve mas areola por encima de la boca que por debajo BUEN AGARRE – MAL AGARRE 		
➤ ¿Succiona bien?	<ul style="list-style-type: none"> • Succiona en forma lenta, profunda y con pausas ocasionales • La mamá siente que el niño/a traga la leche BUENA SUCCIÓN – MALA SUCCIÓN 		
➤ ¿Tiene algún problema para darle de lactar? - ¿Cuál es el problema?	<ul style="list-style-type: none"> • La mamá debe comunicar al personal de salud cualquier problema con la lactancia (pezones adoloridos, llanto del bebé, etc.) 		

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DEL NIÑO/A ➤ Ha recibido vacuna BCG? (vacuna antituberculosa)	Vacunas completas para la edad Si () No ()	Volver para la próxima vacuna: Fecha
EVALUAR EL DESARROLLO DEL NIÑO/A (Emplear el Carnet de Salud Infantil)	Cumple con todos los hitos de desarrollo para su edad Si () No ()	
EVALUAR OTROS PROBLEMAS	Clasificar	Tratar
Pregunte a la madre o cuidador si el niño/a tiene otros problemas (Malformaciones congénitas, trauma al nacer, lesiones cutáneas, madre VIH+, antecedentes de sífilis materna, madre con enfermedad de Chagas y otros que la madre refiera)		
Pregunte por la salud de la madre		

Comentarios:

VOLVER PARA CONSULTA DE SEGUIMIENTO O CONTROL EL...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL DE SALUD:.....

RECORDAR CÓMO TENER UNA BUENA COMUNICACIÓN CON LA MADRE

**PREGUNTAR – ESCUCHAR – ELOGIAR – ACONSEJAR Y
VERIFICAR QUE LA MADRE ENTENDIÓ**

LA BASE DE UNA BUENA COMUNICACIÓN ES EL RESPETO HACIA LA PERSONA Y A SUS COSTUMBRES

**HOJAS DE ATENCIÓN SISTEMATIZADA
(FORMULARIOS DE REGISTRO)**

ATENCIÓN AL NIÑO/A DE 7 DIAS A MENOR DE 2 MESES DE EDAD

ATENCIÓN AL NIÑO/A DE 2 MESES A MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD

Nombre y apellidos:		Fecha: / /
Edad:	Peso:	Talla: Temperatura:

¿Por qué trajo al niño/a?:
¿Está inscrito/a en el BJA?:

Primera consulta Consulta de seguimiento **Evaluar (marcar con círculo los signos presentes)****Clasificar****Tratar****DETERMINAR SI TIENE INFECCIÓN BACTERIANA****PREGUNTAR:**

- ¿El niño/a tuvo convulsiones? (ataques)
- ¿Puede mamar o succionar?
- ¿Vomita todo lo que mama?
- ¿Tiene fiebre o se pone frío/a?

VERIFICAR:

- ¿Está letárgico, inconsciente, hipotónico?
- ¿Tiene dificultad para respirar?
- Contar las respiraciones en un minuto.....resp./min.
- Repetir si el recuento es alto o bajo
- ¿Hay tiraje subcostal severo?
- ¿Tiene aleteo nasal?
- ¿Tiene quejido respiratorio?
- Examinar y palpar la fontanela
- ¿Está abombada?
- Examinar el ombligo
- ¿Está enrojecido o presenta supuración?
- ¿El enrojecimiento se extiende a la piel?
- Tiene fiebre? o está muy frío/a (tomar la temperatura axilar o tocarlo para saber si está muy caliente o muy frío)
- Observar la piel para determinar si tiene pústulas
- ¿Son muchas o extensas?
- ¿Tiene secreción ocular con o sin hinchazón de párpados?
- Determinar el color de la piel
- ¿Tiene cianosis o palidez?
- ¿Tiene ictericia generalizada?

Respiración rápida es
Menor de 2 meses: 60 o más por minuto
Respiración lenta es
Menor de 2 meses: 30 o menos por minuto

- **INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE**

- **INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL**

- **SIN INFECCIÓN BACTERIANA**

EL NIÑO/A MENOR DE 2 MESES TIENE DIARREA → SI () No ()

- ¿Hace cuánto tiempo?.....días
- ¿Hay sangre en las heces?
- ¿Cuántas veces ha tenido diarrea en las últimas 24 horas?

- Determinar el estado general del niño:
 - ¿Está letárgico, o inconsciente?
 - ¿Inquieto o irritable?
- ¿Tiene los ojos hundidos?
- ¿Tiene signo del pliegue cutáneo? La piel vuelve al estado anterior:
 - Muy lentamente (2 segundos o más)
 - Lentamente (menos de 2 segundos)

- DESHIDRATACION GRAVE
- CON DESHIDRATACION
- SIN DESHIDRATACION
- DIARRÉA PERSISTENTE CON DESHIDRATACIÓN
- DIARRÉA PERSISTENTE SIN DESHIDRATACIÓN
- DISENTERRIA

EVALUAR SI HAY PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO

- ¿Recibe seno materno? Si...No... Si la respuesta es afirmativa:
- ¿Cuántas veces en 24 horas?
- ¿Tiene alguna dificultad para mamar?
- ¿Recibe otros alimentos, leche de vaca u otros líquidos? Si...No... Si la respuesta es afirmativa:
- ¿Con qué frecuencia?
- ¿Qué alimentos o líquidos le da?
- ¿Con qué le da los otros alimentos o líquidos?
- ¿Recibe biberón (mamadera)?

- ¿Tiene emaciación visible?
- El Peso/Edad en la curva, según el sexo del niño/a está:
 - Por debajo de -3, según el sexo
 - Entre -2 y -3 según el sexo
 - Por encima de -2 según el sexo
- ¿Tiene lesiones de moniliasis en la boca?
- Evaluar el amamantamiento (posición y agarre)

- DESNUTRICIÓN GRAVE
- PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO
- NO TIENE BAJO PESO

EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO

ASPECTOS A EVALUAR	Práctica ideal	Práctica real	Conducta
> La posición para mamar es correcta?	<ul style="list-style-type: none"> • La cabeza y el cuerpo del niño/a deben estar en línea recta • La nariz del niño/a deben estar frente al pezón • El cuerpo del niño/a deben estar pegados al cuerpo de la madre • La madre debe sostener todo el cuerpo del niño/a y no solo su cuerpo y hombros BUENA POSICIÓN – MALA POSICIÓN 		
> El agarre es adecuado?	<ul style="list-style-type: none"> • Toca la mama o pecho con el mentón • Tiene la boca bien abierta • Tiene el labio inferior volteado hacia fuera • Se ve mas areola por encima de la boca que por debajo BUEN AGARRE – MAL AGARRE 		
> Succiona bien?	<ul style="list-style-type: none"> • Succiona en forma lenta, profunda y con pausas ocasionales • La mamá siente que el niño/a traga la leche BUENA SUCCIÓN – MALA SUCCIÓN 		
> Tiene algún problema para darle de lactancia?	<ul style="list-style-type: none"> • La mamá debe comunicar al personal de salud cualquier problema con la lactancia (pezones, dolor, etc.) 		

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DEL NIÑO/A ➤ Ha recibido vacuna BCG? (vacuna antituberculosa)		Vacunas completas para la edad Si () No ()	Volver para la próxima vacuna: Fecha _____
EVALUAR EL DESARROLLO DEL NIÑO/A (Emplear el Carnet de Salud Infantil)		Cumple con todos los hitos de desarrollo para su edad Si () No ()	
EVALUAR OTROS PROBLEMAS		Clasificar	Tratar
Pregunte a la madre o cuidador si el niño/a tiene otros problemas			
Pregunte por la salud de la madre			

Comentarios:

VOLVER PARA CONSULTA DE SEGUIMIENTO O CONTROL EL...../...../.....
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL DE SALUD:.....

RECORDAR CÓMO TENER UNA BUENA COMUNICACIÓN CON LA MADRE
PREGUNTAR – ESCUCHAR – ELOGIAR – ACONSEJAR Y VERIFICAR QUE LA MADRE ENTENDÍÓ

LA BASE DE UNA BUENA COMUNICACIÓN ES EL RESPETO HACIA LA PERSONA Y A SUS COSTUMBRES

ATENCION AL NIÑO/A DE 2 MESES A MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD (AIEPI-NUT)

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:.....

Nombre y apellidos:	Fecha: / /
Edad: Peso: Talla: Temperatura:	Sexo: M() F()

¿Por qué trajo al niño/a?:

¿Está inscrito/a en el BJA?:

Primera consulta

Consulta de seguimiento

Evaluar (marcar con círculo los signos presentes)

Clasificar

Tratar

VERIFICAR SI PRESENTA SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL		Tiene algún signo de peligro en general Si () No ()	
PREGUNTAR:	VERIFICAR		
• El niño/a ¿puede lactar o alimentarse?	• ¿Está letárgico o inconsciente?		
• ¿Vomita todo lo que ingiere?			
• ¿Ha tenido convulsiones o ataques?			
DETERMINAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN AGUDA Y/O ANEMIA O SOBREPESO/OBESIDAD			
• Tiene emaciación visible	• Peso/Talla, el punto cae POR DEBAJO de la curva NEGRA(-3), según el sexo del niño o niña	• DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE	
• Tiene edema en AMBOS pies	• Peso/Talla, el punto cae POR DEBAJO de la curva HASTA LA -3 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA-3), según el sexo del niño o niña	• DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA	
• Tiene palidez palmar intensa	• Peso/Talla , el punto cae EN LA CURVA 2 O POR DEBAJO HASTA LA CURVA -2 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA -2), según el sexo del niño o niña	• NO TIENE DESNUTRICIÓN AGUDA	
	• Peso/Talla, el punto cae POR ENCIMA DE LA CURVA 2 HASTA LA CURVA 3 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA 3) según el sexo del niño o niña	• SOBREPESO	
	• Peso/Talla, el punto cae POR ENCIMA de la curva 3, según el sexo del niño o niña	• OBESIDAD	
EVALUAR LA TALLA/LONGITUD			
• Talla/Edad, el punto cae por DEBAJO O DE LA CURVA -2, de acuerdo al sexo	• TALLA BAJA		
• Talla/Edad, el punto cae EN O POR ENCIMA de la CURVA -2 de acuerdo al sexo	• NO TIENE TALLA BAJA		
SI EL NIÑO/A TIENE 6 A 24 M: EVALUAR LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO LINEAL			
• La tendencia del crecimiento lineal es horizontal o tiende a aproximarse a la curva inferior	• CRECIMIENTO LINEAL INAPROPiado		
• La tendencia del crecimiento lineal es paralela a las curvas	• CRECIMIENTO LINEAL APROPIADO		
EL NIÑO/A TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR → SI () No ()			
• ¿Hace cuánto tiempo?.....días	Contar las respiraciones en un minuto:.....resp./min.	• NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE	
• ¿Tiene sibilancias?,		• NEUMONÍA	
- ¿Es la primera vez que tiene sibilancias?	• ¿Tiene respiración rápida?	• SIN NEUMONÍA	
Respiración rápida es: De 2 a 11 meses: 50 o más por minuto De 1 año a menor de 5 años: 40 o más por minuto	• ¿Tiene tiraje subcostal? • ¿Tiene estridor?		
EL NIÑO/A TIENE DIARREA → SI () No ()			
• ¿Hace cuánto tiempo?.....días	• Determinar el estado general del niño/a:	• DESHIDRATACION GRAVE	
• ¿Hay sangre visible en las heces?	- Está letárgico o inconsciente	• CON DESHIDRATACION	
	- Está inquieto/irritable	• SIN DESHIDRATACION	
	- Tiene los ojos hundidos	• DIARRÉA PERSISTENTE CON DESHIDRATACIÓN	
	• Ofrecer líquidos al niño/a:	• DIARRÉA PERSISTENTE SIN DESHIDRATACIÓN	
	- No puede beber o bebe mal	• DISENTERÍA	
	- Bebe ávidamente, con sed		
	• Signo del pliegue cutáneo:		
	- La piel vuelve muy lentamente (2 o más seg.)		
	- La piel vuelve lentamente (menos de 2 seg.)		
EL NIÑO/A TIENE FIEBRE → SI () No ()			
(Referida por interrogatorio, se siente caliente al tacto o tiene temperatura axilar de 38°C o más)	Determinar el riesgo de malaria: Con riesgo de malaria – Sin riesgo de malaria	• ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE O MALARIA GRAVE	
• ¿Hace cuánto tiempo tiene fiebre?.....días	• Tiene rigidez de nuca	• MALARIA	
• ¿Ha tenido fiebre todos los días?	• Determinar signos de sarampión:	• ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE	
	- Erupción cutánea generalizada y uno de los siguientes signos: Tos, catarrro u ojos enrojecidos	• ENFERMEDAD FEBRIL	
		• SOSPECHA DE SARAPIÓN	
EL NIÑO/A TIENE UN PROBLEMA DE OIDO → SI () No ()			
• ¿Tiene dolor de oido?	• Determinar si hay supuración en el oido	• MASTOIDITIS	
• ¿Tiene supuración de oido?	• Palpar detrás de la oreja para determinar si hay tumefacción dolorosa	• INFECCIÓN AGUDA DEL OÍDO	
En caso afirmativo:		• INFECCIÓN CRÓNICA DEL OÍDO	
- Hace cuánto tiempo?.....días			
EL NIÑO/A TIENE CLASIFICACIÓN DE DESNUTRICIÓN MODERADA → SI () No ()			
Definir conducta frente al niño/a con Desnutrición Moderada	Determinar si el niño/a con Desnutrición Moderada tiene, además, clasificaciones de:	• DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA COMPLICADA	
	• Neumonía	• DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA SIN	
	• Diarrea con deshidratación		
	• Difteria		

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DEL NIÑO/A						Vacunas completas para la edad?	Volver para la próxima vacuna:
BCG	Pentavalente 1 Antipolio 1	Pentavalente 2 Antipolio 2	Pentavalente 3 Antipolio 3	SRP	Antiamarílica	Si () No ()	Fecha
	Antirotavirus 1	Antirotavirus 2	Influenza 1	Influenza 2			
EVALUAR EL DESARROLLO DEL NIÑO/A (Emplear el Carnet de Salud Infantil)						Cumple con todos los hitos de desarrollo para su edad?	
						Si () No ()	

EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACION DEL NIÑO/A DE 2 MESES A MENOR DE 5 AÑOS

A. EVALUAR LA LACTANCIA MATERNA DEL NIÑO/A DE 2 MESES A MENOR DE 6 MESES DE EDAD

ASPECTOS A EVALUAR	Práctica ideal	Práctica real	Conducta
➤ Recibe lactancia materna exclusiva?	<i>El niño/a, hasta los 6 meses debe recibir SOLO seno materno. No debe recibir NINGUN otro alimento o líquido (excepto vacuna antipolio o vitaminas)</i>		
➤ Cuántas veces en 24 horas?	Al menos 10 veces en 24 horas		
➤ Recibe otros alimentos o líquidos	Ningún alimento o líquido		
➤ Recibe biberón (mamadera, chupete)	No debe recibir biberón		
➤ La posición para mamar es correcta?	<ul style="list-style-type: none"> La cabeza y el cuerpo del niño/a deben estar en línea recta La nariz del niño/a deben estar frente al pezón El cuerpo del niño/a deben estar pegados al cuerpo de la madre La madre debe sostener todo el cuerpo del niño/a y no solo su cuerpo y hombros 		
➤ El agarre es adecuado?	<ul style="list-style-type: none"> Toca la mama o pecho con el mentón Tiene la boca bien abierta Tiene el labio inferior volteado hacia fuera Se ve mas areola por encima de la boca que por debajo 		
➤ Vacía los dos pechos?	<ul style="list-style-type: none"> La mamá le debe dar ambos pechos hasta vaciarlos 		
➤ Tiene algún problema para darle de lactar - Cuál es el problema?	<ul style="list-style-type: none"> La mamá debe comunicar al personal de salud cualquier problema con la lactancia (pezones adoloridos, llanto del bebé, etc.) 		

B. EVALUAR LA ALIMENTACION DEL NIÑO/A MAYOR DE 6 MESES A MENOR DE 5 AÑOS

➤ Le sigue dando lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> El niño/a debe recibir lactancia materna hasta los 2 o más años de edad 		
➤ Ha iniciado la alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> La alimentación complementaria debe iniciarse a partir de los 6 meses de edad <p><i>(Si tiene 6 meses enseñar cómo iniciar la alimentación complementaria)</i></p>		
➤ Qué alimentos le da al niño/a	<ul style="list-style-type: none"> Debe recibir sopas espesas, carnes, cereales, tubérculos, frutas, leguminosas y el Complemento Nutricional 		
➤ ¿Cuántas veces le da?	<ul style="list-style-type: none"> Debe comer 5 veces al día, 3 comidas principales y dos entremesadas (alimento complementario) 		
➤ ¿Cuánto le da por vez?	<ul style="list-style-type: none"> Revisar páginas 10 y 11 del cuadro de procedimientos AIEPI-Nut 		
➤ El niño/a ¿come en su propio plato?	<ul style="list-style-type: none"> El niño/a debe tener su propio plato y no compartir el plato con los hermanos, padres u otras personas 		
➤ ¿Quién le da de comer?	<ul style="list-style-type: none"> La madre o cuidador/a debe hacerle comer, con mucha paciencia y amor 		
➤ Si el niño está enfermo - Durante la enfermedad ¿ha realizado algún cambio en la alimentación? - ¿Cuál fue?	<ul style="list-style-type: none"> Durante la enfermedad del niño/a se le debe continuar alimentando y se le debe dar más líquidos Después de la enfermedad necesita comidas extras para que se recupere 		

EVALUAR OTROS PROBLEMAS

Clasificar

Tratar

Pregunte a la madre o cuidador si el niño/a tiene otros problemas	
Pregunte por la salud de la madre	

Comentarios:

VOLVER PARA CONSULTA DE SEGUIMIENTO O CONTROL EL...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL DE SALUD:.....

RECORDAR CÓMO TENER UNA BUENA COMUNICACIÓN CON LA MADRE
PREGUNTAR – ESCuchar – ELOGIAR – ACONSEJAR Y
VERIFICAR QUE LA MADRE ENTENDIÓ

LA BASE DE UNA BUENA COMUNICACIÓN ES EL RESPETO HACIA LA PERSONA Y A SUS COSTUMBRES

**FORMULARIO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL PARA NIÑOS/AS
DE 2 MESES A MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA
MODERADA**

**FORMULARIO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL PARA NIÑOS/A DE 2 MESES A MENOR DE 3 AÑOS
CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA**

Nombre del Niño/a: **Peso inicial:** ...kg... gs. **Talla inicial:**cm.
Fecha de la primera consulta: **Clasificaciones de la primera consulta:**

EVALUAR	PRIMER CONTROL	SEGUNDO CONTROL	TERCER CONTROL
	Fecha:.....	Fecha:.....	Fecha:.....
A. Realizar nueva toma de Peso y Talla	Peso ...kggs Talla..... cm.	Peso ...kggs Talla..... cm	Peso ...kggs Talla..... cm
B. Ubicar el valor del Peso en la curva Peso/Talla de acuerdo al sexo y compararlo con el Peso/Talla previo	El valor de Peso/Talla: • Est醤 m醩 abajo () • Est醤 igual () • Subi骻 () 	El valor de Peso/Talla: • Est醤 m醩 abajo () • Est醤 igual () • Subi骻 ()	El valor de Peso/Talla: • Est醤 m醩 abajo () • Est醤 igual () • Subi骻 ()
C. Evaluar la alimentaci髇 y aporte de vitaminas y minerales			
➤ ¿Recibe lactancia materna?	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()
➤ Si recibe lactancia, ¿tiene problemas con la lactancia?	SI () NO () Si anotó SI, ¿cuáles?	SI () NO () Si anotó SI, ¿cuáles?	SI () NO () Si anotó SI, ¿cuáles?
Si es mayor de 6 meses:			
➤ ¿Está comiendo según lo indicado?	SI () NO () ¿Por qué NO?	SI () NO () ¿Por qué NO?	SI () NO () ¿Por qué NO?
➤ ¿Está consumiendo ATLU según lo indicado?	SI () NO () ¿Por qué NO?	SI () NO () ¿Por qué NO?	SI () NO () ¿Por qué NO?
➤ ¿Está recibiendo zinc según lo indicado?	SI () NO () ¿Por qué NO?	SI () NO () ¿Por qué NO?	SI () NO () ¿Por qué NO?
➤ ¿Está recibiendo las Chispitas Nutricionales según lo indicado?	SI () NO () ¿Por qué NO?	SI () NO () ¿Por qué NO?	SI () NO () ¿Por qué NO?
D. Enfermedades prevalentes y estado general del niño/a			
➤ El niño/a tiene algún signo de peligro?	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()
➤ En los últimos días, ¿El niño/a estuvo con tos, diarrea, fiebre, problema de oídos u otro problema?	SI () NO () Si anotó SI, evalúe al niño/a empleando el formulario de registros	SI () NO () Si anotó SI, evalúe al niño/a empleando el formulario de registros	SI () NO () Si anotó SI, evalúe al niño/a empleando el formulario de registros
E. Evaluar el peso para la talla/longitud	<ul style="list-style-type: none"> • Si el punto del Peso/Talla se mantiene igual o por debajo: Control en 7 días • Si el punto del Peso para la Talla está más arriba: Control en 15 días • Avise a la madre que el niño/a se está recuperando 	<ul style="list-style-type: none"> • Si el punto del Peso/Talla se mantiene igual o por debajo: Referir inmediatamente a UNI • Si el Peso para la Talla está más arriba: control en 30 días • Avise a la madre que el niño/a se está recuperando 	<ul style="list-style-type: none"> • Si el Peso/Talla se mantiene igual o por debajo: Referir inmediatamente a UNI • Si el Peso para la Talla está más arriba: control rutinario en 60 días • Felicite a la madre
F. Determinar conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener/reforzar recomendaciones () • Corregir problemas de alimentación () • Corregir administración de vitaminas y minerales () • Referir a la UNI () • Referir al Hospital () • Si en dos controles el peso para la talla se mantiene sin modificaciones e incluso el peso ha disminuido: Referir a la UNI o al Hospital más cercano • Si el niño/a presenta algún signo de peligro o complicación: Referir urgentemente al Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener/reforzar recomendaciones () • Corregir problemas de alimentación () • Corregir administración de vitaminas y minerales () • Referir a la UNI () • Referir al Hospital () 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener/reforzar recomendaciones () • Corregir problemas de alimentación () • Corregir administración de vitaminas y minerales () • Referir a la UNI () • Referir al Hospital ()
G. Definir fecha para el próximo seguimiento	Fecha de próximo control	Fecha de próximo control	Fecha de próximo control

OBSERVACIONES:

PATRONES DE CRECIMIENTO OMS CURVAS DE CRECIMIENTO¹ PARA MENORES DE 5 AÑOS

- Peso para la longitud Niñas (Nacimiento a 2 años – Puntuación Z)
- Peso para la talla Niñas (2 a 5 años–Puntuación Z)
- Peso para la longitud Niños (Nacimiento a 2 años – Puntuación Z)
- Peso para la talla Niños (2 a 5 años – Puntuación Z)

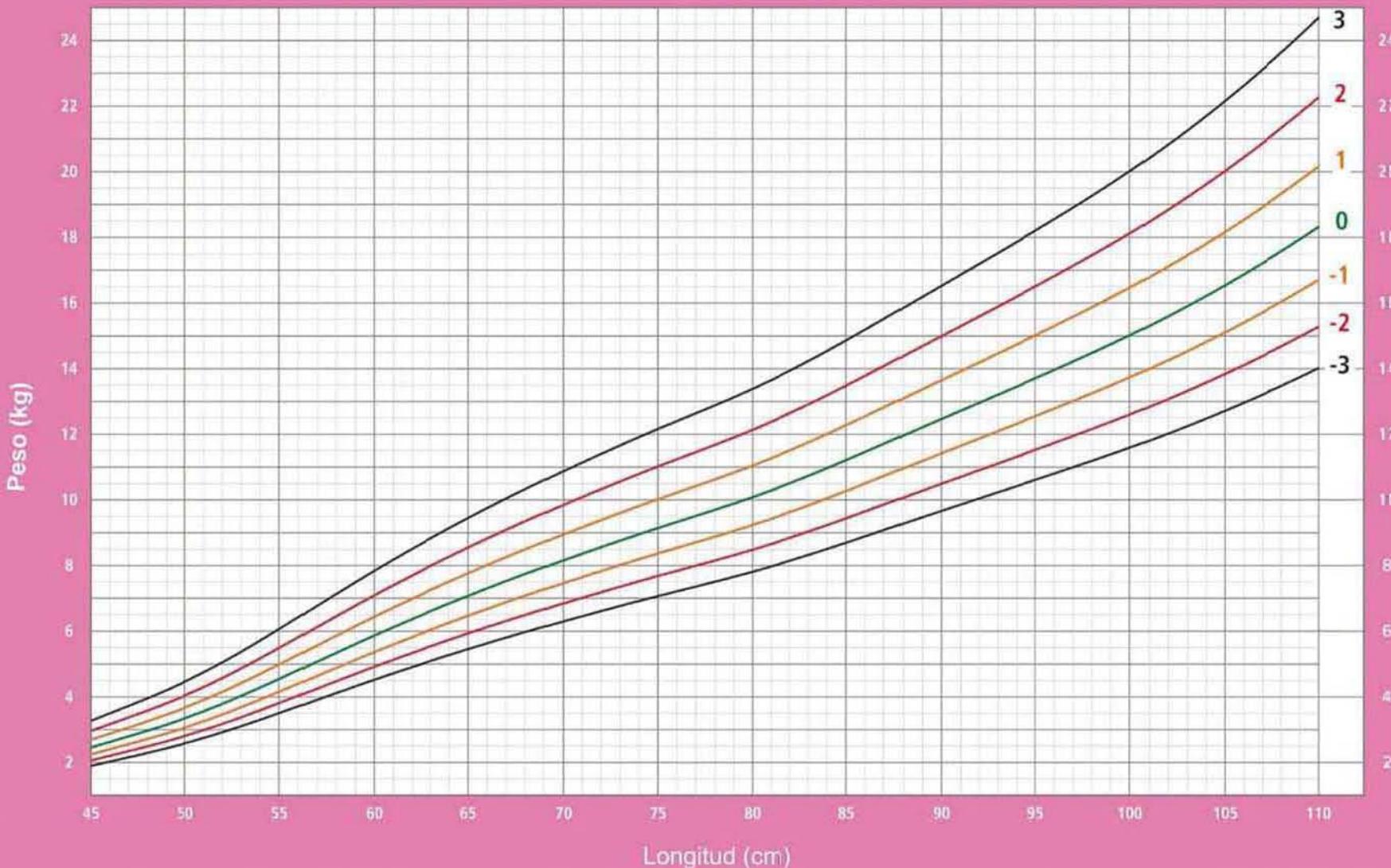
- Longitud para la edad Niñas (Nacimiento a 2 años – Puntuación Z)
- Talla para la edad Niñas (2 a 5 años – Puntuación Z)
- Longitud para la edad Niños (Nacimiento a 2 años – Puntuación Z)
- Talla para la edad Niños (2 a 5 años – Puntuación Z)

- Peso para la edad Niñas (Nacimiento a 6 meses – Puntuación Z)
- Peso para la edad Niños (Nacimiento a 6 meses – Puntuación Z)

¹ Estas son las curvas originales de la OMS, en versión español. Pueden ser descargadas de la página Web <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>

Peso para la longitud Niñas

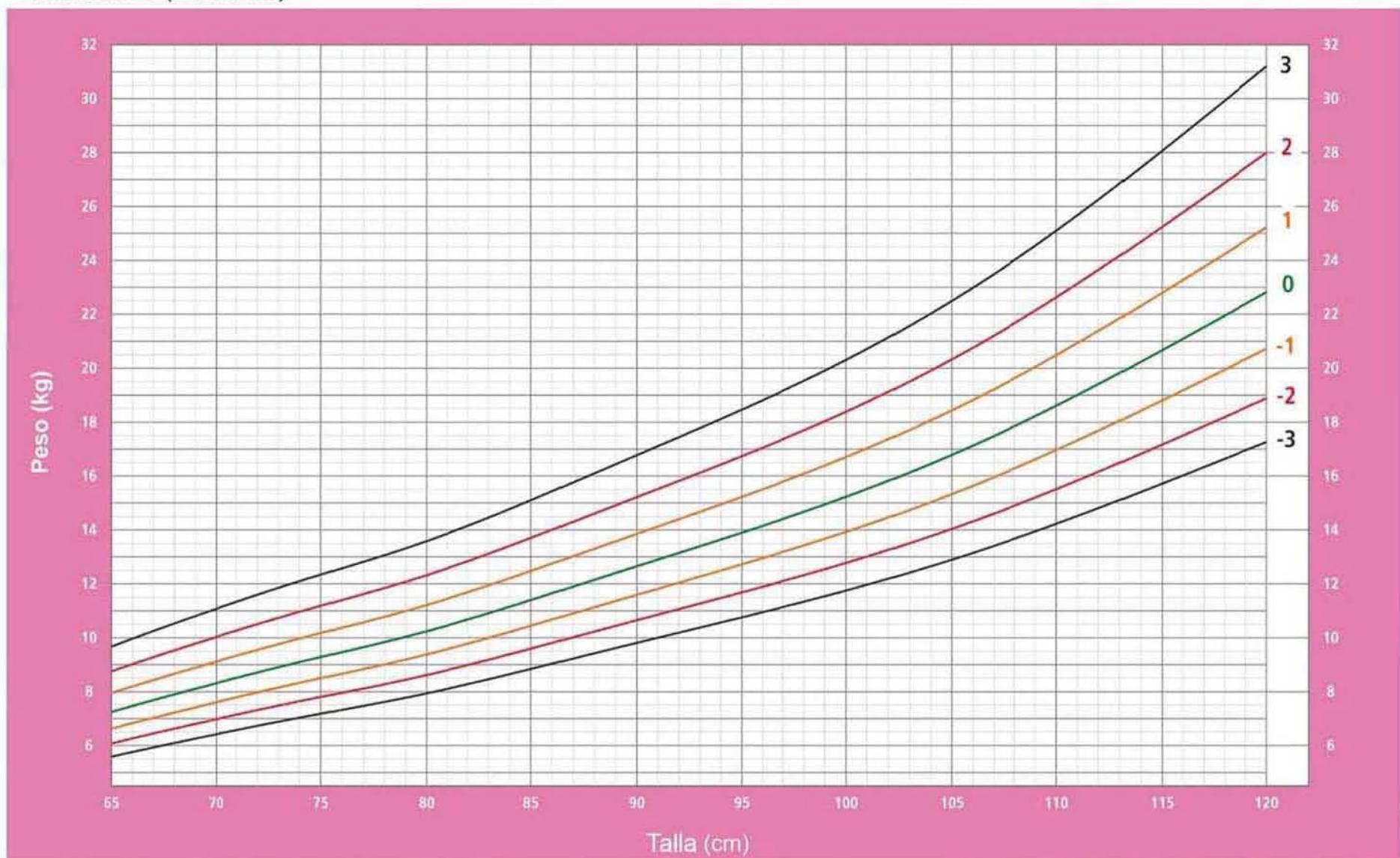
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

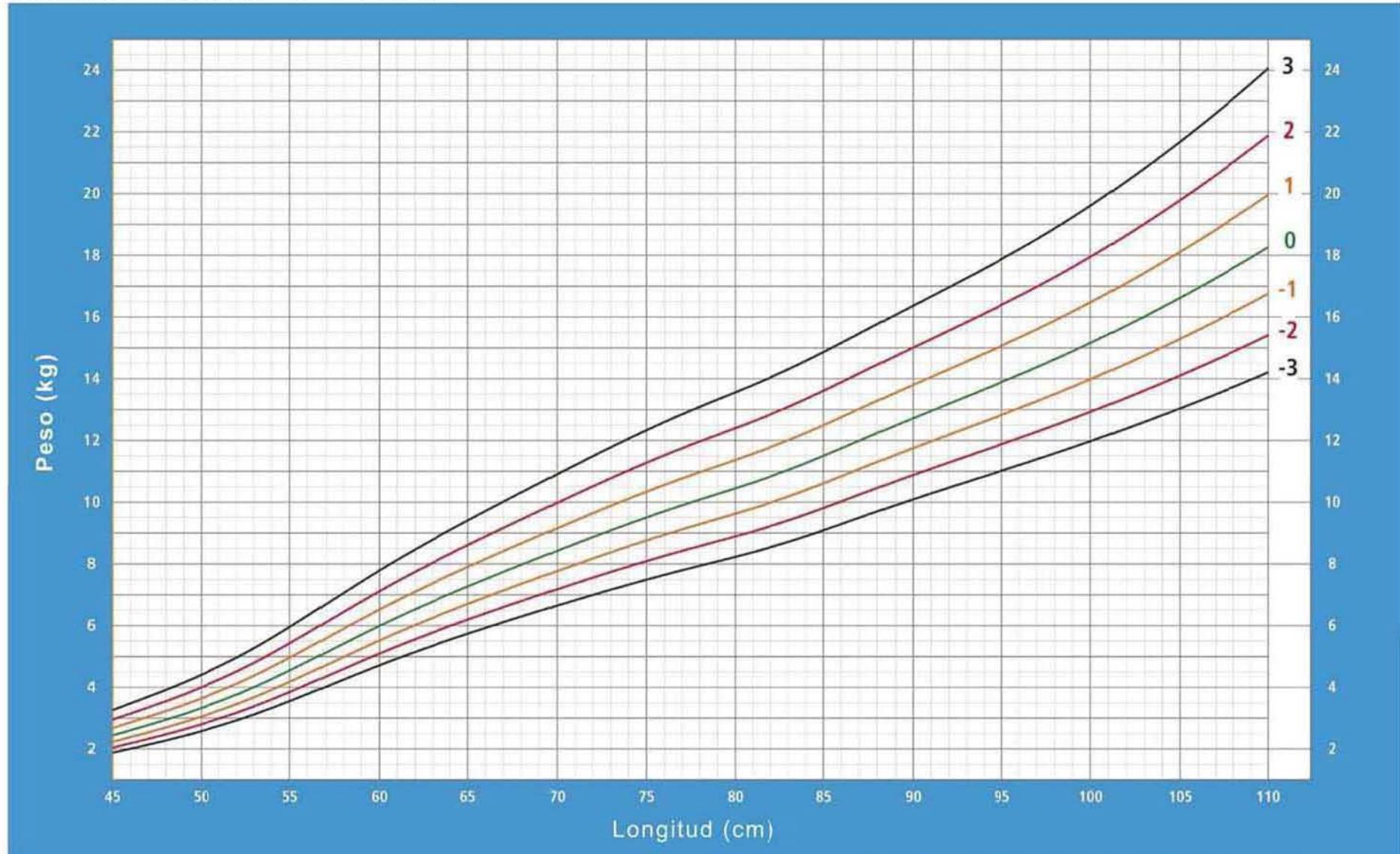
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la longitud Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

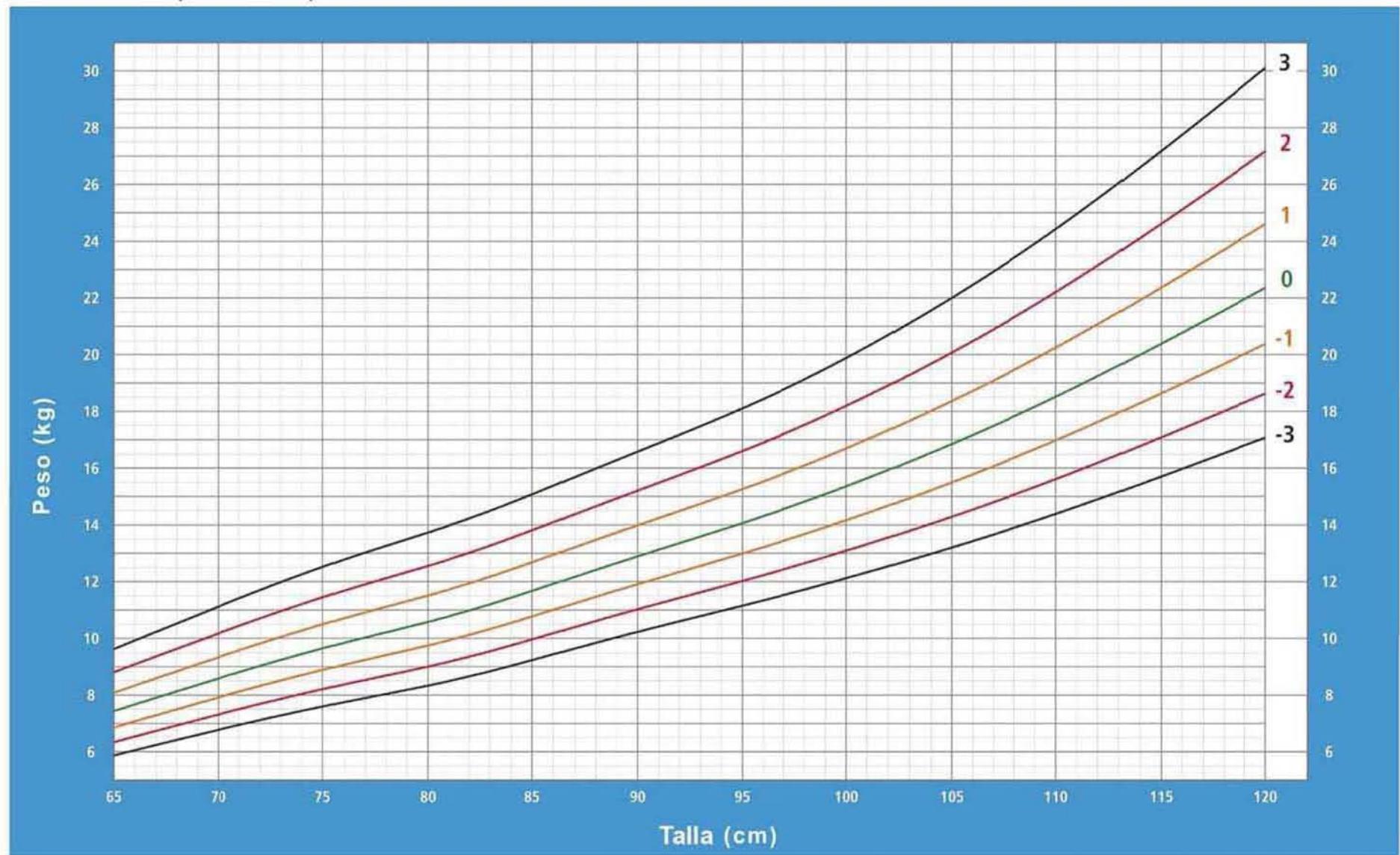


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la Talla Niños



Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Longitud para la edad Niñas

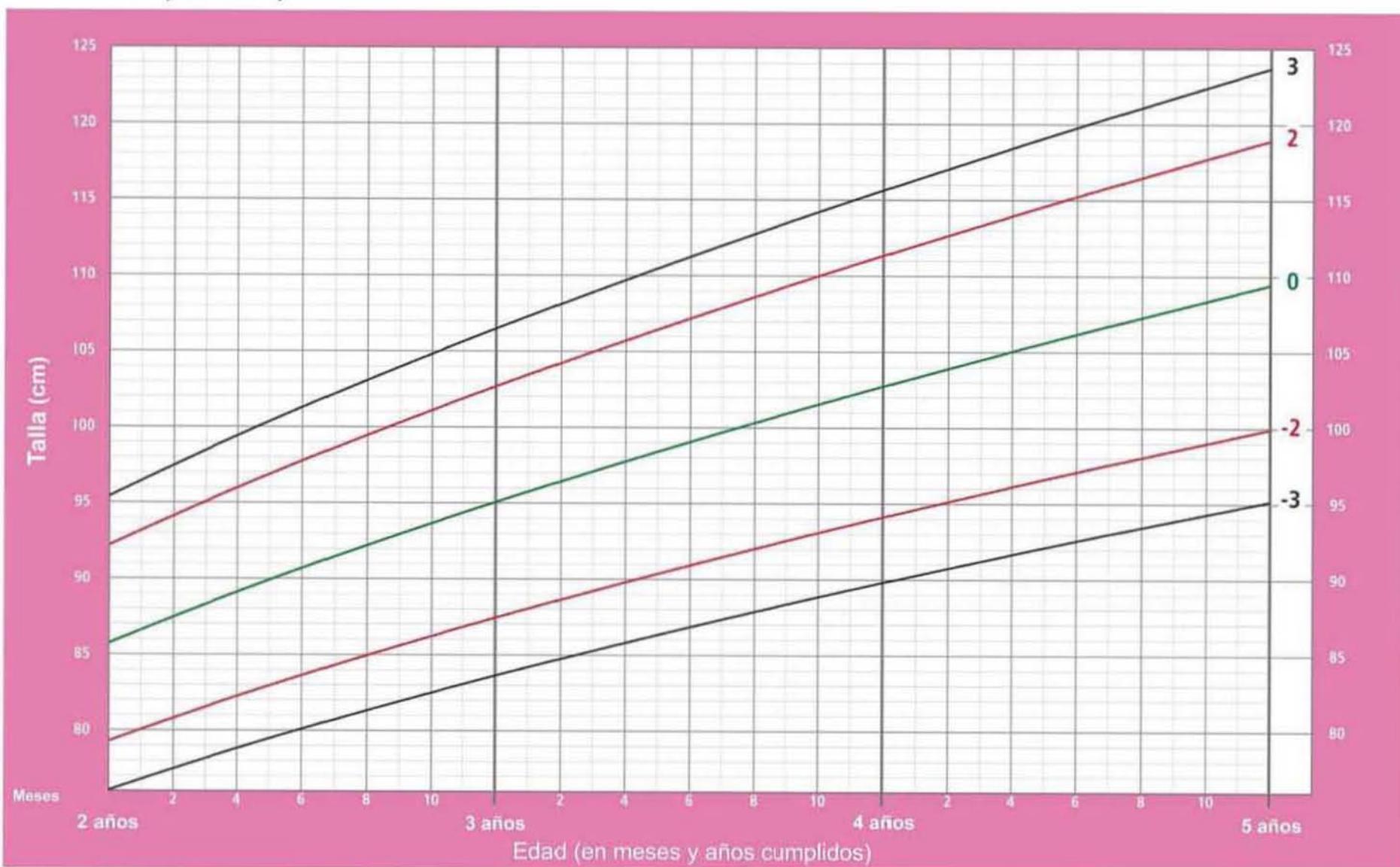
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

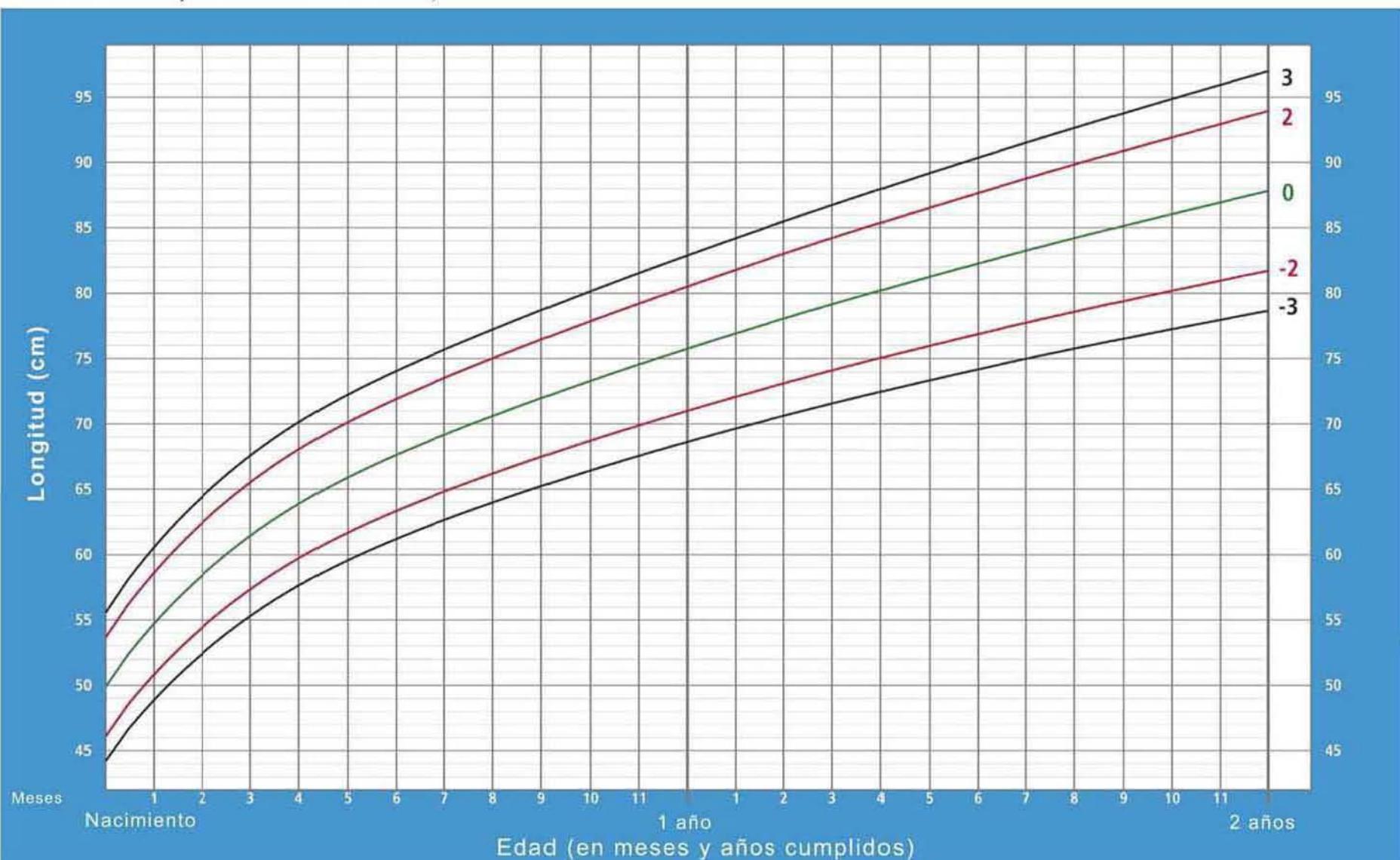
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Longitud para la edad Niños

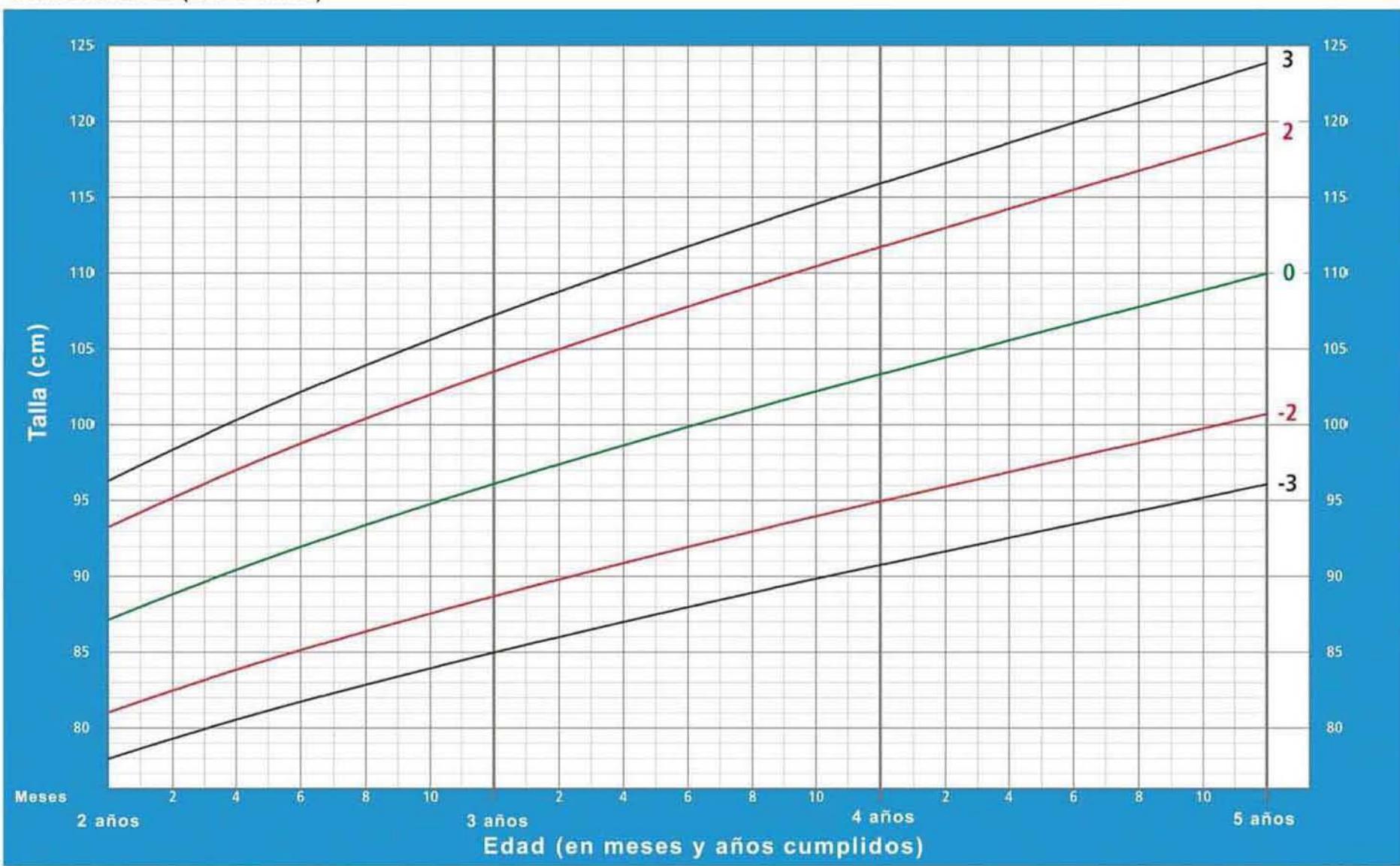
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Talla para la edad Niños

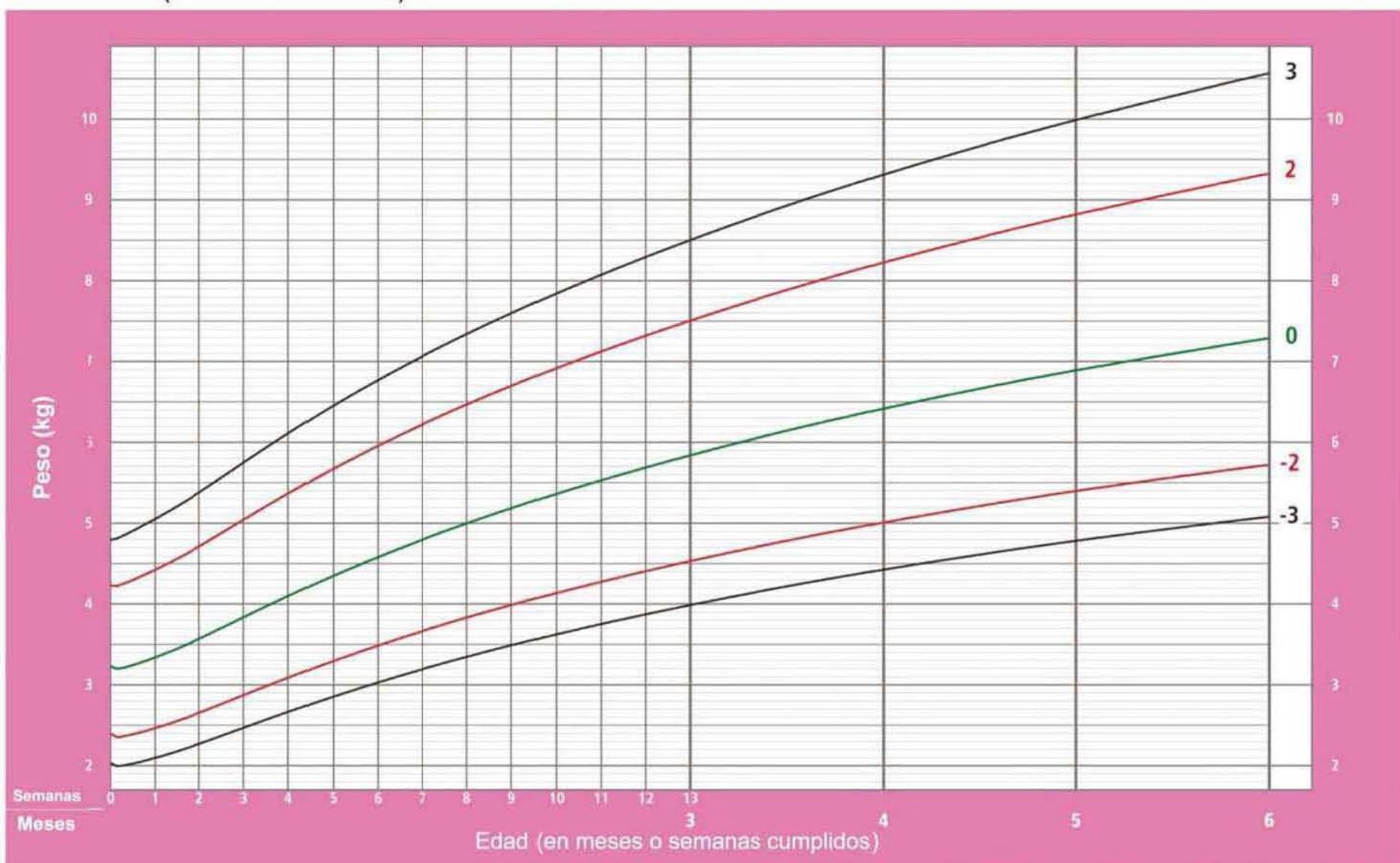
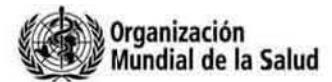
Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niñas

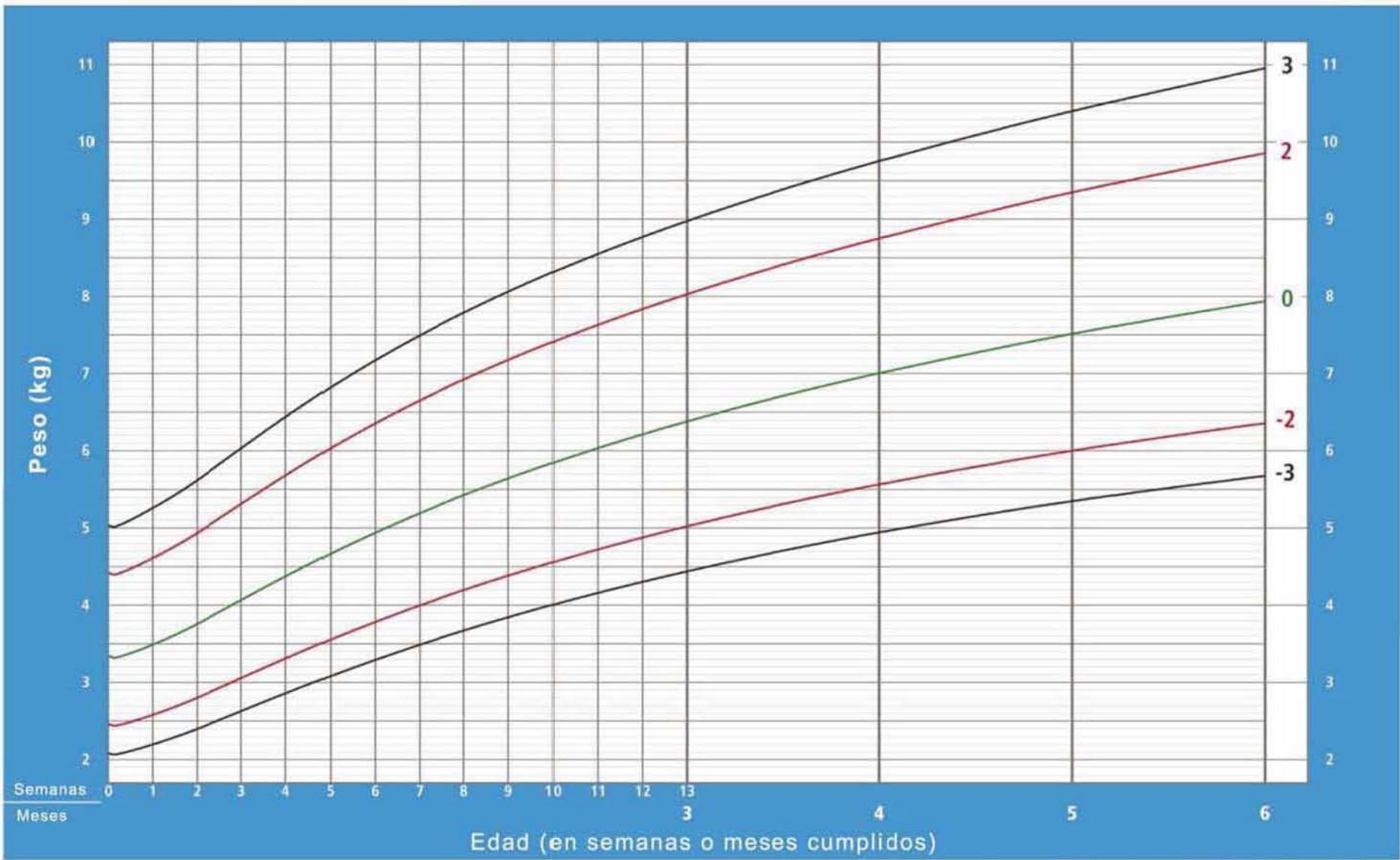
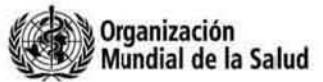
Puntuación Z (Nacimiento a 6 meses)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 6 meses)



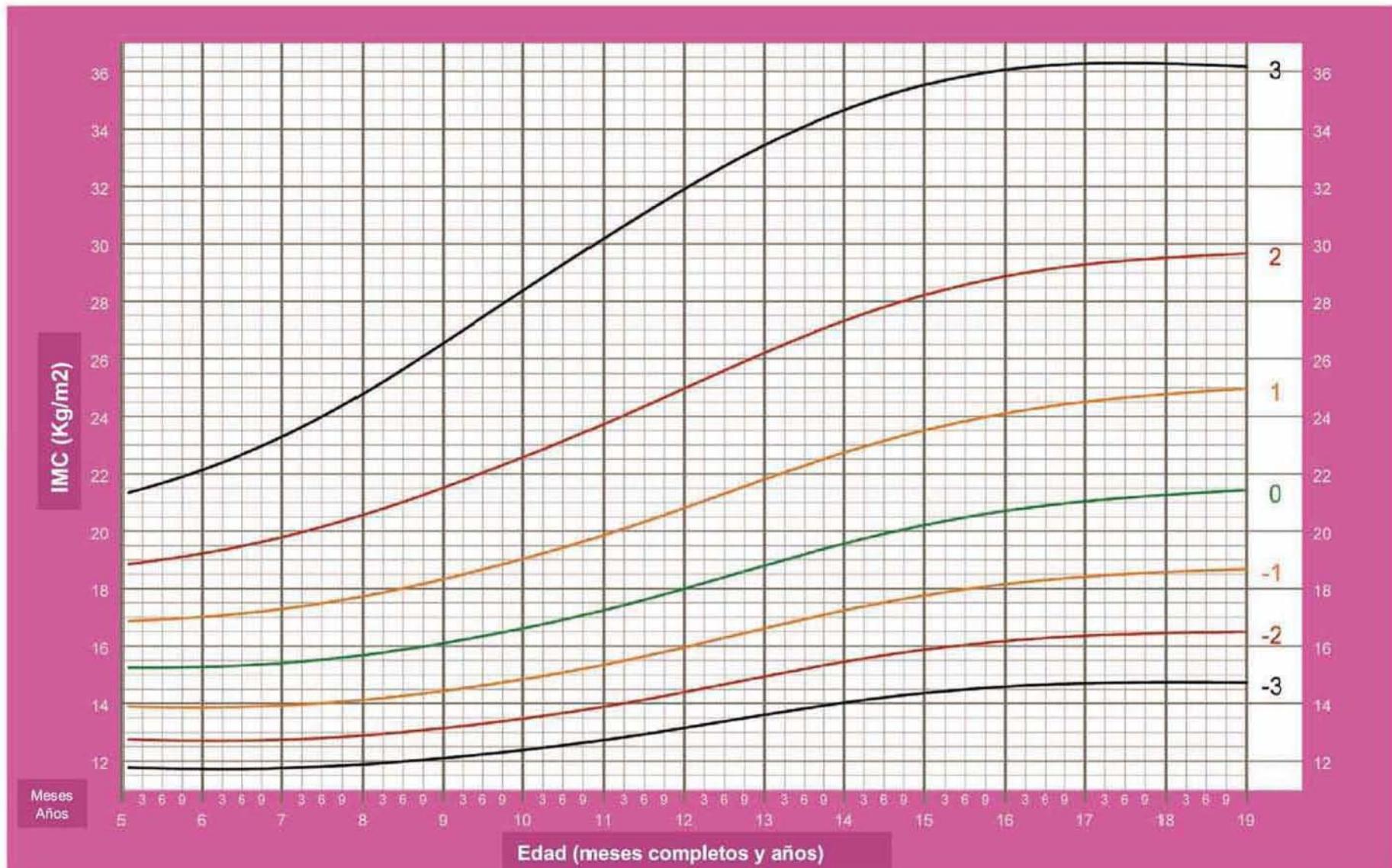
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

PATRONES DE CRECIMIENTO OMS CURVAS ÍNDICE DE MASA CORPORAL

- Índice de Masa Corporal Mujeres (5-19 años, Puntuación Z)
- Índice de Masa Corporal Varones (5-19 años, Puntuación Z)

INDICE DE MASA CORPORAL – MUJERES

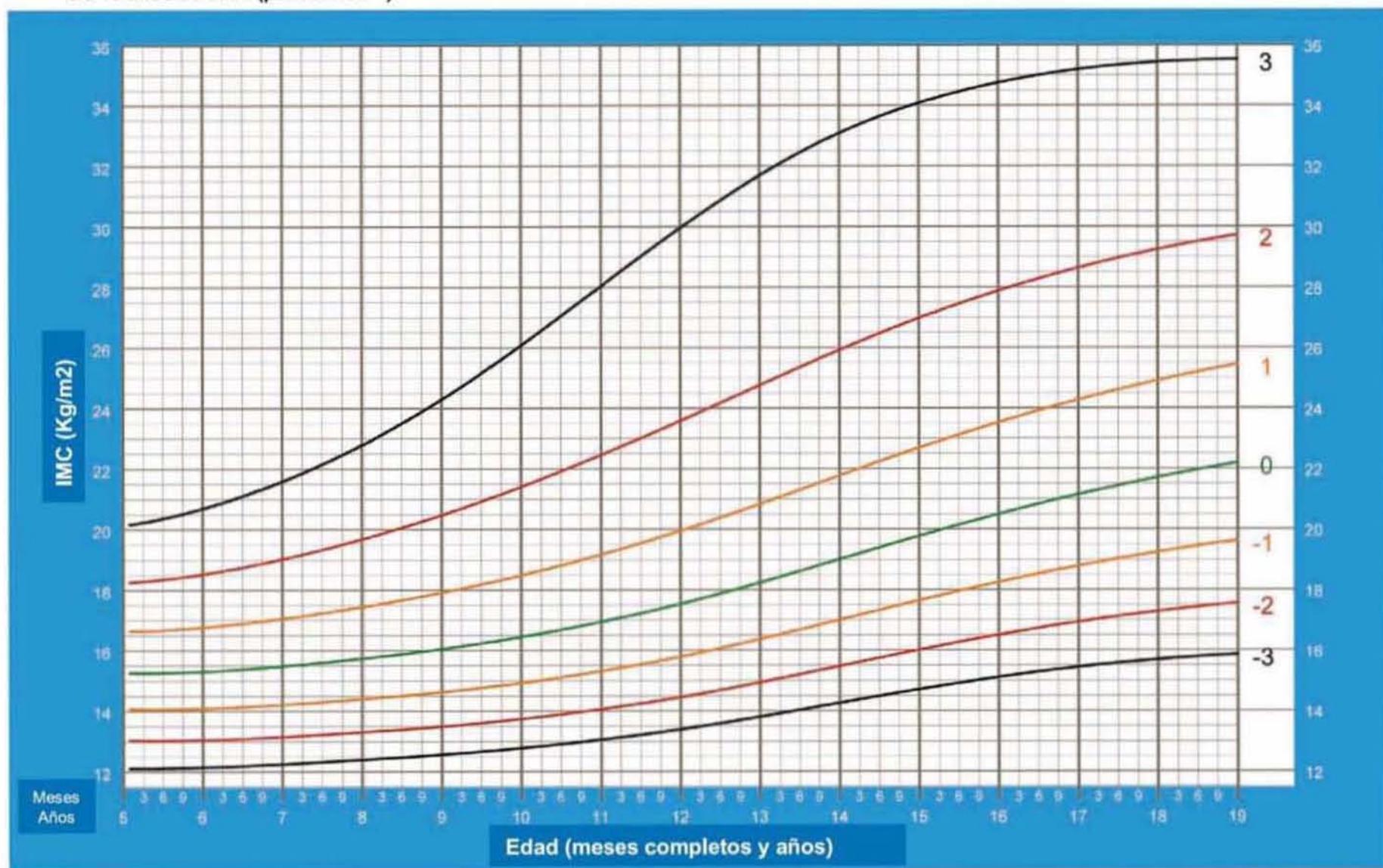
5 a 19 años de edad (puntuación Z)



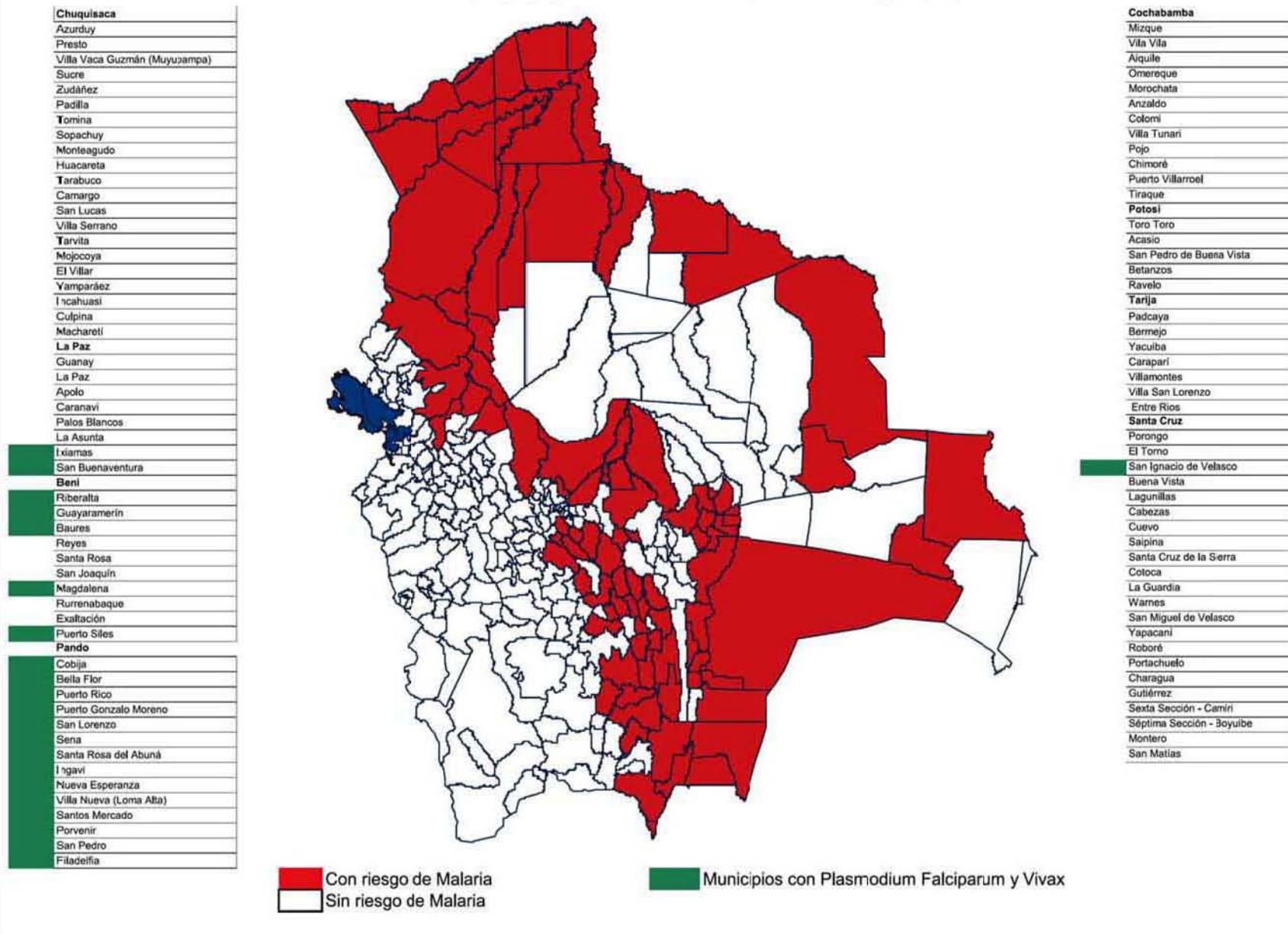
2007 WHO Reference

INDICE DE MASA CORPORAL – VARONES

5 a 19 años de edad (puntuación Z)



RIESGO DE MALARIA EN BOLIVIA



Suplementación con Micronutrientes en el 'curso de la vida'

Micronutrientes	Antes del embarazo	Embarazo/parto	Post-natal (madre)	Post-natal (recién nacido)	Infancia y niñez
Beneficios principales	<ul style="list-style-type: none"> Hierro+ácido fólico: Prevención y tratamiento de la anemia Menor riesgo de bajo peso al nacer y parto prematuro Ácido fólico: Prevención de defectos del tubo neural 	<ul style="list-style-type: none"> Hierro+ácido fólico: Prevención y tratamiento de la anemia Menor riesgo de Bajo peso al nacer y parto prematuro Ácido fólico: Prevención de defectos del tubo neural 	Madre: Vitamina A, hierro <ul style="list-style-type: none"> Hierro: Prevención y tratamiento de la anemia Vitamina A: Repone reservas maternas, incrementa el nivel de vitamina A en la leche, reduciendo riesgo de infecciones del bebé 	Madre: Vitamina A, hierro <ul style="list-style-type: none"> Hierro: Prevención de la anemia y de sus efectos en el desarrollo infantil. Tratamiento de anemia por deficiencia de hierro Vitamina A: Previene lesiones oculares (Ej.xeroftalmia); mejora la respuesta inmunológica; reduce incidencia y severidad de enfermedades infecciosas Zinc: Reduce frecuencia y severidad de la diarrea; incrementa velocidad de crecimiento lineal 	Hierro, vitamina A, zinc <ul style="list-style-type: none"> Hierro: Prevención de la anemia y de sus efectos en el desarrollo infantil. Tratamiento de anemia por deficiencia de hierro Vitamina A: Previene lesiones oculares (Ej.xeroftalmia); mejora la respuesta inmunológica; reduce incidencia y severidad de enfermedades infecciosas Zinc: Reduce frecuencia y severidad de la diarrea; incrementa velocidad de crecimiento lineal
Esquema de suplementación	Suplementación universal (todas las mujeres en edad fértil) <ul style="list-style-type: none"> Hierro: Tabletas (hierro 60 mg+ác.fólico 400 ug) 1 tableta a la semana durante 3 meses, cada año (aún no aprobado por el MSD) 	Suplementación universal (todas las mujeres en edad fértil) <ul style="list-style-type: none"> Hierro: Tabletas (hierro 60 mg+ác.fólico 400 ug) 1 tableta cada día, durante 6 meses (Segundo y Tercer trimestre del embarazo) 	Suplementación universal (todas las puérperas) <ul style="list-style-type: none"> Hierro: Tabletas (hierro 60 mg+ác.fólico 400 ug) 1 tableta cada día, durante 90 días, iniciando después del parto Vitamina A: 200,000 UI dosis única, durante las 6 semanas después del parto 	Suplementación universal (todas las puérperas) <ul style="list-style-type: none"> Hierro: Recién nacidos con Bajo Peso al nacer: Gotas, 25mg (10 gotas) cada día desde los 2 a 6 meses de edad. Niños/as >23 m:: Chispitas Nutricionales, 60 sobres cada año/vida. Niños/as 24 a 35 m: Gotas (25 gotas), cada día, hasta completar 3 frascos año/vida. Niños/as 36 a 59ms: Gotas (30 gotas), cada día, hasta completar 4 frascos año/vida Vitamina A: Niños/as 6 a 11 m: dosis única, 100,000 UI. Niños/as 6 a 59 m: Dos dosis 200,000 UI año/vida 	Suplementación universal (todas las puérperas) <ul style="list-style-type: none"> Hierro: Recién nacidos con Bajo Peso al nacer: Gotas, 25mg (10 gotas) cada día desde los 2 a 6 meses de edad. Niños/as >23 m:: Chispitas Nutricionales, 60 sobres cada año/vida. Niños/as 24 a 35 m: Gotas (25 gotas), cada día, hasta completar 3 frascos año/vida. Niños/as 36 a 59ms: Gotas (30 gotas), cada día, hasta completar 4 frascos año/vida Vitamina A: Niños/as 6 a 11 m: dosis única, 100,000 UI. Niños/as 6 a 59 m: Dos dosis 200,000 UI año/vida Suplementación terapéutica <ul style="list-style-type: none"> Zinc, en caso de diarrea a niños de 2 a 59 m. En caso de talla baja a niños de 6 a 23 m Vitamina A en caso de desnutrición aguda, sarampión, diarrea persistente

Autores (por orden alfabético)**MUJER EN EDAD FÉRTIL-EMBARAZO, PARTO Y PUEPERIO**

- Conde Víctor (USSyC, MSD)
- Padilla Haydee, OPS/OMS Bolivia
- Panameño Karen (OPS/OMS, Bolivia)
- Yucra Renato (USSyC, MSD)

NIÑO/A DE 2 MESES A MENOR DE 5 AÑOS

- Camacho Vladimir (SEDES Potosí)
- Cordero Dilberth (Consultor)
- Mansilla Gonzalo (USSyC, MSD)
- Mejía Martha (OPS/OMS, Bolivia)
- Solano Maribel (USSyC, MSD)
- Tenorio Alberto (USSyC, MSD)

RECIÉN NACIDO Y MENOR DE 2 MESES

- Cordero Dilberth (Consultor)
- Mansilla Gonzalo (USSyC, MSD)
- Mejía Martha (OPS/OMS, Bolivia)
- Tenorio Alberto (USSyC, MSD)

ADOLESCENTE

- Camargo Maritza (SEDES Santa Cruz)
- Cordero Dilberth (Consultor)
- Cornejo Carola (Consultora)
- Mansilla Gonzalo (USSyC, MSD)
- Mejía Martha (OPS/OMS, Bolivia)
- Rocabado Shirley (SEDES La Paz)

Revisores (por orden alfabético)

- | | | |
|---|---|---|
| • Abujder Schofat., Hospital Japorés, Santa Cruz
• Aguilar Ana María, CT-CONAN
• Alcón Lucy, MSD
• Aliaga Alicia, USSyC, MSD
• Antezana Mónica, SEDES Pando
• Baltazar Rosemary, SEDES Beni
• Barriga Vera José Luis, Sociedad G-O La Paz
• Brun Lilian, SEDES Santa Cruz
• Calderón Lilian, UNFPA
• Castillo Nancy, SEDES Cochabamba
• Cavarez María, La Paz
• Chávez Rosario, SERES El Alto
• Comejo Carmen ,SEDES La Paz
• Dávila Carlos, SEDES Potosí
• Delgado Rosario, SEDES Potosí | • De Mucio Bremen (CLAP/SMR)
• Durán Pablo (CLAP/SMR)
• Fanola Marmosell, SEDES Pando
• Fernandez Teresa, MSD
• Flores Henry, USSyC/MSD
• Flores Romy, SEDES Cochabamba
• Fuentes Zenteno Catalina, PMA
• Fuenzalida Rodrigo, SEDES Tarija
• Gálvez Ruth, SEDES Santa Cruz
• Gonzales Katiuska, INAMEN La Paz
• Gutiérrez Ronald, GCS/JSI La Paz
• Humacayo Yecid, MSD
• Menacho Arminda, SEDES Beni
• Mendoza Ma.Eugenia, Carrera de Enfermería UMSA, La Paz
• Murillo Lourdes, USSyC, MSD
• Pando Ramiro, Sociedad Boliviana de G-O
• Patiño Nelson, CNS, Sociedad de Pediatría, La Paz
• Pérez Marcelo, SEDES Oruro | • Ponce Ma.del Carmen, SEDES Santa Cruz
• Pooley Bertha, <i>Save the Children</i>
• Quintanilla Mary, MSD
• Ramirez Nelson, Hospital del Niño La Paz
• Rasquido María
• Rocabado Shirley, SEDES La Paz
• Rocha Samuel, Hospital Germán Urquidi Cochabamba
• Soliz Aurora, SEDES Tarija
• Soliz Nancy, SEDES Oruro
• Soraide Lizeth, USSyC, MSD
• Soria Carmen, Medicina Tradicional La Paz
• Soruco Oscar, OPS/OMS Tarija
• Tapia Rosa, Sociedad de Pediatría La Paz
• Velásquez Oscar, USSyC/MSD
• Villafan Fernando, Hospital Boliviano Holandés El Alto
• Zenteno Juan, SEDES Oruro
• Zumarán Remedios, CNS La Paz |
|---|---|---|

EL PRESENTE DOCUMENTO HA SIDO ELABORADO Y ACTUALIZADO TOMANDO COMO REFERENCIAS PRINCIPALES A LAS SIGUIENTES PUBLICACIONES:

- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI. Cuadro de Procedimientos AIEPI Neonatal (Atención al menor de 7 días de edad). MSD Bolivia, 2005
- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en el Marco de la Meta 'Desnutrición Cerc'– AIEPI-Nut. Cuadros de Procedimientos. Publicación 4. MSD Bolivia, junio 2008
- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI. Cuadro de Procedimientos AIEPI-PN. Continuo de la Atención. Cuadros de Procedimientos (Atención a la madre en el parto y postparto y al menor de 7 días de vida). MSD Bolivia, 2008 (Circulación limitada)
- Cuadros de Procedimientos. Manual Clínico para el aprendizaje de AIEPI en Enfermería (Enfermedades Prevalentes de la Infancia desde 0 hasta 4 años de edad. OPS/FCH/CH/09.03.E
- Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn care: A guide for essential practice. 2nd edition. WHO, UNFPA, UNICEF, WBG. Geneva 2006
- Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focal. 2^a ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1573). ISBN: 978-92-75-33070-8
- Sistema informático perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1572) ISBN: 978-92-75-33062-3
- Fescina R, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. CLAP/SMR. 2da Ed.2010
- La educación para la sexualidad. Módulo 2. UNFPA, La Paz-Bolivia, 2006
- La salud Sexual y la Salud Reproductiva. Módulo 5. UNFPA, La Paz Bolivia 2006
- Integración del Manejo de los Adolescentes y sus Necesidades (IMAN). OPS 2006
- IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. OPS 2005
- Prevención del Maltrato de Menores. Manual de Normas y Procedimientos para el Personal de Salud. MSD, OPS 2003
- Rocha M, Caballero D. Vigilancia epidemiológica para el control de la violencia intrafamiliar. MSD, OPS. 2da ed. La Paz, Bolivia 2002
- Guía de sensibilización en atención diferenciada para adolescentes. MSD, UNFPA. Bolivia, agosto 2005.
- Vega A., Maddaleno M, Mazin R. Modelo de consejería orientada a jóvenes. Una guía para proveedores de primera línea. OPS/OMS Washington DC 2005
- Un modelo para DES-ARMAR. CD multimedia para proveedores de salud. OPS/OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, UNFPA
- Familias Fuertes. OPS/OMS 2006. 10 CDs
- Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. OMS 2011, 4ta edición. ISBN ISBN 978 92 4 356388 6 (Clasificación NLM: WP 630)

