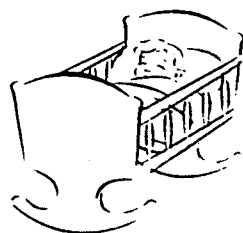


1080



GERENCIA NACIONAL DE SALUD

# MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO/ADOLESCENTE



2001

## SEGURO SOCIAL DE SALUD

**Sr. IGNACIO BAZOMBRIO ZENDER**  
PRESIDENTE EJECUTIVO DE ESSALUD

**Sr. Eco. ASABEDO FERNANDEZ CARRETERO**  
GERENTE GENERAL

**DR. GINO DAVILA HERRERA**  
GERENTE NACIONAL DE SALUD

**DR. NESTOR CEVALLOS MENDOZA**  
GERENTE DE PROGRAMAS EXTERNOS

**Lic. VERONICA ESPINOZA LOAYZA**  
SUB-GERENTE DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA

## RESPONSABLES

Lic LILIANA CHIRINOS APONTE  
Dra CARMEN AVILA GARCIA

Gerencia de Programas Externos de Salud  
Gerencia de Programas Externos de Salud

## COLABORADORES

Dr Julio Tresierra Cabrera  
Dr Juan Yance Salvador  
Dr Augusto Mujica Max  
Dr Alex Delgado Godos  
Dr Javier Santisteban  
Dr Julio Sandoval Reyes  
Dr César Amanzo L  
Dr Anibal Anticona Vera  
Dr Nicomedes Pérez Guerra  
Dr Mario Encinas Arano  
Od Victoria Pun Lay  
Od Walter Ambaspata Cabanillas  
Lic Yesenia Musayon Oblitas  
Lic Rosa Gamboa Bonilla  
Lic Primitiva Godoy Ochotamo  
Lic Yolanda Mannque Verano  
Lic Yaní Cerpa Nuñez  
Lic Rosano Flores Mendizabal  
Lic Lucy Saldaña León  
Lic María del Carmen Villanueva T.  
Lic Andrea Espichan G  
Lic Rosa León Hinojosa  
Lic Sofía Aviles Soriano  
Lic Elizabeth Jara Brito  
Obst Verónica Espinoza Loayza  
Obst Liliam Jarama  
Obst Paola Paredes Rojas  
Obst Betsy Laurente Guevara  
Psi Lila del Aguila Chávez  
Psi Luis Velásquez Aguilar  
Psi Lucila Jiménez Suarez  
Psi Rosalba Espinoza  
Nut Victoria Chimpen Chimpen  
Nut Blanca Vergara Salgero  
Nut Ruth Mary Toledo  
Nut Lucy Tassara  
Nut Iskra Canal Aguirre  
T S Miriam Huaco Tristan  
T S Raquel Milla Campos  
T S Adela Beraum  
T S Carmen Poma Garcia

Hospital Nacional Guillermo Almenara  
Hospital Nacional Guillermo Almenara  
Hospital Nacional Guillermo Almenara  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati  
Hospital Marino Molina  
Hospital de Emergencia Grau  
Clínica Francisco Pizarro  
Clínica Francisco Pizarro  
Aló EsSalud  
Hospital Alberto Sabogal  
Hospital Nacional Guillermo Almenara  
Medicina Complementaria  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati  
Hospital Nacional Guillermo Almenara  
Hospital Nacional Guillermo Almenara  
Hospital Alberto Sabogal  
Hospital Uldarico Roca  
Hospital Marino Molina  
Clínica Vitarte  
Clínica Ramón Castilla  
Gerencia de Programas Externos de Salud  
Hospital Nacional Guillermo Almenara  
Hospital Alberto Sabogal  
Clínica Francisco Pizarro  
Gerencia de Programas Externos de Salud  
Hospital Nacional Guillermo Almenara  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati  
Clínica Ramón Castilla  
Gerencia de Programas Externos de Salud  
Hospital Nacional Guillermo Almenara  
Hospital Nacional Guillermo Almenara  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati  
Hospital de Emergencia Grau  
Gerencia de Programas Externos de Salud  
Hospital Uldarico Roca  
Hospital Nacional Guillermo Almenara  
Clínica Francisco Pizarro

## CONTENIDO

Presentación.....	6
Introducción.....	7
I Capítulo.....	8
Generalidades .....	8
1 Definición.....	8
2 Propósito.....	9
3 Objetivos.....	9
4 Estrategias .....	9
5 Población Objetivo.....	10
6 Organización.....	11
6.1 Flujo de Atención.....	11
6.2 Proceso de Atención.....	12
6.3 Organización de los Ambientes.....	18
6.4 Actividades.....	19
II Capítulo .....	20
1. Prestaciones Básicas de Salud del Niño – Adolescente en Promoción.....	20
III Capítulo.....	22
Prestaciones Básicas de Salud del Niño-Adolescente Valoración Integral.....	22
1.Detección de los signos de alarma del niño/adolescente.....	24
2 Valoración Integral del Adolescente.....	27

IV Capítulo.....	44
Prestaciones Básicas de Salud en Intervención del Usuario Sano.....	44
1 Inmunizaciones.....	44
2 Control de Crecimiento y Desarrollo.....	47
V Capítulo.....	64
1.- Prestaciones básicas de Salud del Niño-Adolescente en * Intervención del Usuario con Riesgo.....	64
1.1 Detección y manejo de los riesgos Salud Mental.....	65
1.2 Detección y manejo de los riesgos Sociales.....	70
1.3 Detección y manejo de los riesgos Nutricionales.....	75
1.4 Detección y manejo de los riesgos Odontológicos.....	86
1.5 Intervención en los riesgos Estilos de Vida.....	89
1.6 Consejería.....	96
1.7 Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes.....	102
VI Capítulo .....	102
Prestaciones Básicas de Salud del Niño –Adolescente en Intervención del Usuario con Daño.....	102
Evaluación Clínica.....	102
Neonatología.....	103
El niño menor de 2 meses.....	133
Guía Clínica de las Infecciones Respiratorias Agudas.....	141
Guía Clínica de la Enfermedad Diarreica Aguda.....	155
Guía Clínica de las Enfermedades Parasitarias.....	170
Guía Clínica del Asma.....	175

Guía Clínica de Fiebre.....	192
Verificar si hay Desnutrición y Anemia.....	202
Guía Clínica de la Infección Urinaria.....	210
Intervención en el Daño Psicológico.....	214
Intervención en el Daño Nutricional.....	218
Intervención en el Daño Odontológico.....	229
Intervención en el Daño Social.....	234
VII Capítulo .....	236
Registro, Información y Evaluación .....	236
Anexos.....	239
Bibliografía.....	245

## PRESENTACION

El presente manual ha sido diseñado para ser aplicado en los establecimientos de EsSalud, en el ámbito nacional, se otorga pautas necesarias para una atención sistematizada del niño y el adolescente. Ayuda a la toma de decisiones correctas por parte del personal de salud.

Estamos seguros que el manual brindará al personal de salud una respuesta eficaz para la intervención de un conjunto de riesgos y daños priorizados a través de medidas de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de los daños, que va hacer aplicado en los servicios de salud, hogar y comunidad.

El propósito de esta bibliografía es contribuir a difundir la información disponible más reciente de apoyo a la implementación de las prestaciones de salud para brindar al final una Atención Integral. Se ofrece al personal de salud como una fuente de referencia, convirtiéndose en un elemento de apoyo para la realización de las actividades de salud a brindarse al niño -adolescente.



## INTRODUCCIÓN

Ante la evaluación realizada en años anteriores a través de una metodología de priorizar los daños se llega a la conclusión que las enfermedades prevalentes de la infancia son las que se presentan en este manual.

En el año 2,000 en EsSalud, el 25 % de las muertes fueron por causas perinatales (mortalidad infantil dentro de las cuales se encuentra los diagnósticos de sepsis, membrana hialina, asfisia, inmadurez, etc), el 9% de mortalidad en la niñez fue por causas de malformaciones congénitas y el 8 % a causa de neumonías.

El 9% de la población asegurada entre los 0 y 14 años tuvieron Enfermedad Diarreica Aguda, el 51 % Infección Respiratoria Aguda y un 41% de otras patologías entre las que se cuentan las parasitosis, asma, infecciones urinarias entre otras.

Las Enfermedades Diarreicas Agudas alcanzaron el 20% en los menores de 1 año, el 49% en los niños comprendidos entre los 1 y 4 años y el 31 % entre los comprendidos entre los 5 y 14 años.

Las infecciones respiratorias agudas alcanzaron el 17% en los menores de 1 año, el 40% entre los niños de 1 a 4 años y el 43% entre los de 5 a 14 años.

Las neumonías alcanzaron un porcentaje de 25.4% de los niños menores de 1 año, el 45.9% entre los niños de 1- 4 años y el 28.59% entre los 5 y 14 años.

Las anemias por deficiencia de hierro en los menores de 15 años reportadas en lo que va del primer semestre del año 2,001 fueron de 4614 casos. Debemos mencionar que estas cifras son datos institucionales (datos obtenidos de la unidad de epidemiología).

La morbilidad a intervenir va hacer IRA y su complicación Neumonía, EDA, Parasitosis, Asma, Malnutrición y los priorizados de cada región.

La prestación de salud de los adolescentes es un proceso de atención integral, con la finalidad de identificar, realizar el seguimiento y control de los riesgos y daños priorizados que será llevado a cabo de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento. El lugar de atención del adolescente en el establecimiento de salud a parte de la unidad de prevención, dependerá del motivo de la consulta, y del criterio del personal de Triaje determine,

Las intervenciones de Salud para los Adolescentes contiene las principales actividades que deben realizar los profesionales de la salud con este grupo etáreo.

Debe identificarse como problema de la atención de la salud de los adolescentes, tanto el incumplimiento de los programas de control de su salud, como la falla en la detección de cualquier patología que no sea percibida como "enfermedad" o "motivo de consulta".

Ante esta evaluación, se propone dentro de la prestación de salud en el área del niño adolescente utilizar la estrategia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIPEI), desarrollada por OPS/OMS, ya que representa un importante instrumento para sistematizar la atención de este grupo poblacional. Aplicando la estrategia se reducen al mínimo las posibilidades de omitir algún signo y síntoma que debe ser evaluado durante la intervención de los diferentes profesionales de la salud, la estrategia también incluye el control de la salud general del niño, así como el correcto estado de las inmunizaciones y nutrición, finalmente la estrategia incluye la parte de la educación a la madre en los cuidados y atención del niño en el hogar durante la enfermedad y una vez superada la misma, así como los principales signos de alarma que deben ser vigilados.

## CAPITULO I

### GENERALIDADES

#### 1 DEFINICIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN EL NIÑO/ADOLESCENTE

La Atención Integral en Salud, es el conjunto de prestaciones de prevención, promoción, recuperativa y de rehabilitación que se otorgan al asegurado niño ó adolescente en forma oportuna, en su esfera bio-psico-social y que considera su entorno familiar, comunitario y laboral, promoviendo así su participación activa.

#### MARCO CONCEPTUAL EN LA INTERVENCIÓN EN EL NIÑO/ADOLESCENTE

##### Integralidad

Es imperativo la articulación de los servicios de salud con los educativos, laborales, sociales, judiciales, para brindar una respuesta a la complejidad de la demanda de los niños/adolescentes y sus familias. Es necesario organizar instancias de coordinación de acciones donde sea posible integrar las diferentes actividades.

##### Equipos Interdisciplinarios

Las demandas de salud no son exclusivamente físicas, es indispensable acompañar el desarrollo de los aspectos psico-sociales. Para ello se requiere la formación de equipos interdisciplinarios capacitados.

##### Enfoque Familiar y Comunitario

El abordaje con los niños/adolescente representa una doble demanda, la de los padres y la de los mismo niños/adolescente, es necesario incluir acciones en el ámbito individual, familiar y comunitario.

##### Enfoques de Crecimiento y Desarrollo integral

Etapa que se caracteriza por el aceleramiento velocidad de crecimiento y desarrollo, adquiriendo características especiales en los adolescentes junto al desarrollo puberal, se desarrolla la sexualidad, el pensamiento, el sentido ético, la capacidad social y la autonomía.

##### Enfoque en prevención primordial

La red de salud para niños/adolescentes se debe priorizar la prevención primaria y dentro de ella fundamental la prevención primordial apoya y promueve el desarrollo humano favoreciendo las potencialidades personales, lo cual es diferente a prevenir sus enfermedades, siendo una estrategia válida de protección frente a los diferentes riesgos de salud.

##### La cobertura

Enfoca un sistema de salud con impacto, lo que implica prestar atención a los niños/adolescentes como población con riesgos específicos.

##### Equidad

Pese a que la salud es un hecho colectivo no todos tienen las mismas posibilidades de sufrir daño. El enfoque de riesgo al identificar quienes son los que están más expuestos al daño ha demostrado ser una estrategia de administración de la salud que facilita organizar acciones de mayor complejidad para quienes más lo necesitan.

##### Accesibilidad

Los servicios de salud integral para los niños/adolescente requieren tener horarios accesibles, ambientes adecuada planificación en coordinación sector educativo, laboral y otras organizaciones comunitarias.

##### Descentralización

Se pretende priorizar acciones nacionales y locales.

### Participación

Quiénes mejor interpretan las necesidades de salud de los niños/adolescentes son los mismos niños/adolescentes y /o los responsables del cuidado de los mismos. Es preciso incorporar a todos en la organización, planificación, ejecución y evaluación de las actividades de los servicios de salud.

## 2 PROPOSITO

- Brindar las pautas e instrumentos a los profesionales de la salud, para garantizar una atención integral al niño /adolescente, en los establecimientos de Salud de la Institución.
- Integrar las acciones de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud del niño y adolescente, incorporando la coordinación intersectorial y la participación de la comunidad

## 3 OBJETIVOS

### 3.1 OBJETIVOS GENERALES

- Promover el desarrollo integral del niño/adolescente, mediante la promoción de salud que fortalezcan la consolidación de la personalidad, la capacidad de participación en el autocuidado de su salud, que incluya el contexto familiar y oportunidades sociales, la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia y la adolescencia, recuperar los daños y generar la rehabilitación.
- Uniformizar los procedimientos para la detección, control y manejo de los riesgos y daños, para mejorar la salud y calidad de vida de la población asegurada niño /adolescente a través de prestaciones integrales de salud.
- Reducir las tasas de morbi-mortalidad de la niñez y de la adolescencia.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Promover el cuidado y autocuidado de la salud y el mantenimiento de ésta, a través de la educación en salud de la familia o responsable del niño/adolescente.
- Promover el desarrollo de servicios de salud con capacidad para la promoción de la salud, prevención, el diagnóstico y tratamiento de los riesgos y /o daños de los adolescentes.
- Coordinar con la red Intersectorial de programas, servicios de salud para adolescentes, la creación de espacios de participación directa de los adolescentes y sus familias en la programación, ejecución y evaluación de acciones de los servicios de salud.
- Fomentar la realización y difusión de investigaciones sobre la salud integral y contribuir con la mayor identificación de valores en los adolescentes.
- Enfatizar el componente de participación comunitaria en todo el proceso de la atención integral
- Establecer los mecanismos de coordinación que permitan desarrollar la intervención multisectorial

## 4. ESTRATEGIAS

- Sensibilización, comunicación y difusión destinada a crear conciencia de la importancia de la Atención Integral del niño/adolescente, entre el cliente interno, externo y la comunidad en general.  
Modernización de la gestión destinada a incrementar la eficiencia de la Atención de este segmento poblacional, mediante la capacitación del recurso humano y puesta en marcha del sistema de información, monitoreo y evaluación; fortaleciendo así la capacidad técnica, operativa y de gestión en los establecimientos de salud.

- Focalización de acciones según enfoque de riesgo.
- Formular las orientaciones, lineamientos y directivas a fin de incorporar los criterios básicos para la Atención del niño/adolescente.
- Impulsar mecanismos institucionales de coordinación y concertación entre EsSalud y otras instituciones a fin de optimizar el impacto de acciones y recursos.
- Mejorar en forma permanente la calidad de la atención al usuario.
- Promover la salud de l@s adolescentes, propiciando la participación del varón, promoción del Ejercicio de los derechos ciudadanos y el autocuidado de la salud.
- Fortalecer y promover acciones para la reducción de la morbilidad en la población niño/adolescente
- Fortalecimiento de las oportunidades perdidas: Todo personal de salud que identifique un niño/adolescente que no acuda a la unidad de prevención se le deberá derivar de forma inmediata.
- Las estrategias para lograr los objetivos ESPECIFICOS en inmunizaciones son las siguientes:
  - Trabajo en equipo
  - Realizar un diagnóstico situacional de la comunidad.
  - Aprovechar las oportunidades perdidas, esto se refiere a que todo el equipo de salud deberá buscar niños y MEF que no están vacunados y proceder a protegerlos.
  - Coordinar con otros sectores para la ejecución de actividades conjuntas
  - Los mensajes educativos, se coordinarán con MINSA, teniendo en cuenta el lenguaje propio de la zona y respetando su cultura  
Las estrategias de vacunación deberán adecuarse a la realidad local y deben plantearse en cada comunidad.

## 5 POBLACIÓN OBJETIVO

### Universo:

Población menor de 18 años

### Sub – Grupos:

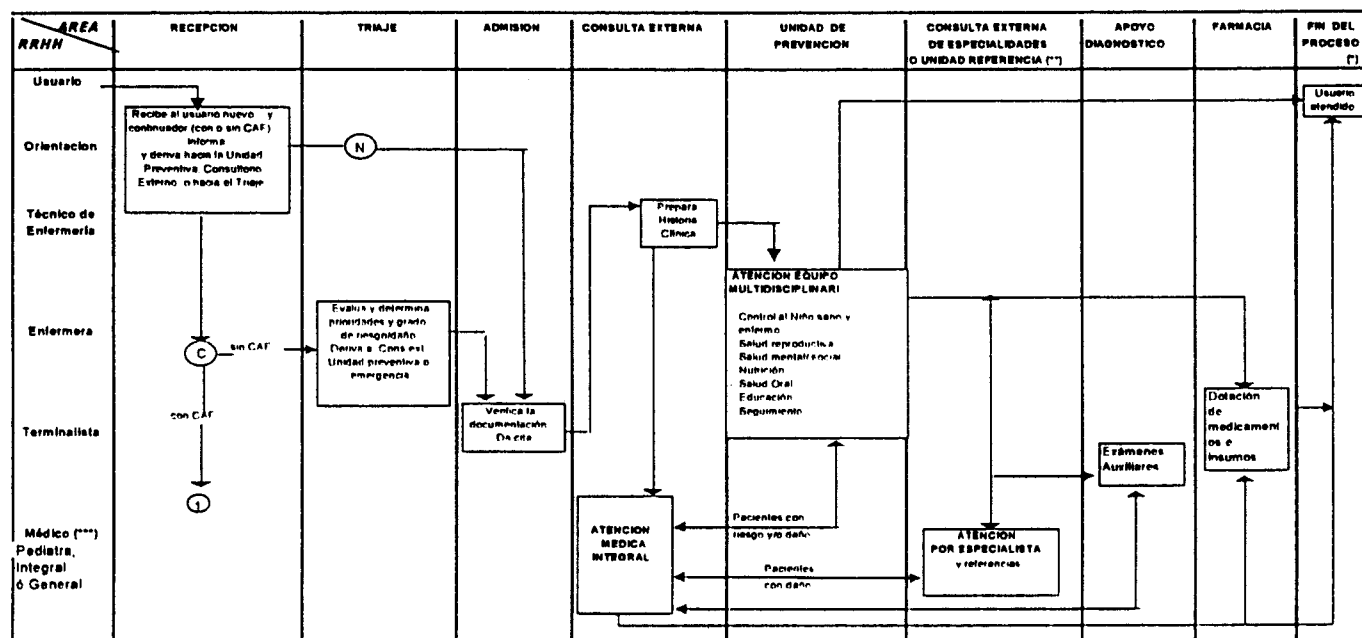
1. De 0 a 28 días (Neonato)
2. Menor de 1 año (Lactante)
3. De 1 a 4 años (Pre – escolar)
4. De 5 a 9 años (Escolar)
5. De 10 a 17 años (Adolescente)

Según la OMS considera Adolescentes a todo individuo comprendido entre los 10 y 19 años de edad Para el caso de EsSalud, los adolescentes estarán comprendidos entre los 10 y 17 años 11 meses 29 días, por perder el derecho habiente al cumplir los 18 años.

## 6. ORGANIZACIÓN

### 6.1 FLUJO DE ATENCIÓN

FLUJO DEL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO ADOLESCENTE



### 6.2 PROCESO

Población Objetivo	Línea de acción	Objetivo	Actividades
Niño/ Adolescente sano	Desarrollo de actividades que reducen riesgo Promoción de la salud	Reforzar hábitos y conductas saludables Fomentar los factores protectores a fin de retardar la exposición de los factores a riesgo	1 Educación en salud integral <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación sexual</li> <li>- Fortalecimiento de la familia</li> <li>- Creación de grupos juveniles y líderes</li> <li>- Fomento de la creatividad</li> <li>- Integración comunitaria</li> <li>- Coordinación intra-extra institucional</li> <li>- Coordinación con centros deportivos entre otros</li> <li>- Dar información y educación sobre los riesgos priorizados</li> </ul> 2 Control de Crecimiento y Desarrollo 3 Inmunizaciones
Niño/ Adolescente en riesgo	Desarrollo de actividades que reducen riesgo Promoción de la salud Prevención Primaria Acceso a los servicios de salud	Detectar evaluar y controlar el riesgo y/o daño con la finalidad de evitar la aparición de enfermedad. Detectar y tratar precozmente el daño e identificar los grupos de riesgo Reducir los riesgos y evitar daño.	- Detección de riesgos y daños priorizados y los propios de la región. - Evaluación del estado biosicosocial - Identificar y promover factores protectores. - Orientación, consejería y derivación de casos a otros servicios(educación en salud Sexual y Reproductiva, PF - Desarrollo de habilidades sociales - Control de Crecimiento y Desarrollo - Inmunizaciones
Niño/ Adolescente con Daño	Además de las anteriores Prevención secundaria Prevención terciaria	- Identificación y manejo de riesgos y daños - Detección, control, diagnóstico oportuno de daños priorizados y los propios de la región - Recuperar el daño. - Información orientación educación en el control de los riesgos y/o daños detectados	- Consulta médica general o especializada, educación individual y grupal - Referencia y contrareferencia - Hospitalización - Rehabilitación

## ¿QUÉ SE REALIZA ?

### TRIAJE

- Identificación de riesgos y/o daños.
- Selección de los Usuarios
- Derivación del usuario al área correspondiente: Consulta Externa, Unidad de Prevención, Urgencias /o emergencias.

### CONSULTA EXTERNA

- Explicar los objetivos del procedimiento
- Responder a las preguntas e inquietudes del usuario
- Identificación de factores de riesgos y/o daños
- Llenado de la Historia Clínica
- Registro en parte diario
- Despedida al usuario.

Nota :- La consulta externa para el adolescente se deberá realizar en el servicio de pediatría, si el órgano desconcentrado considera necesario crear un ambiente especial para este grupo poblacional y adecuar horarios de atención donde los adolescentes se sientan cómodos, lo podrán realizar

### EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN:

#### CONTROL AL NIÑO/ADOLESCENTES SANO

Inmunizaciones a los niños/adolescentes

Control de Crecimiento y Desarrollo de Bajo Riesgo al niño/adolescente.

Identificación e Intervención de los riesgos nutricionales, psicológicos, sociales, orales y en estilos de vida

#### CONTROL AL NIÑO/ADOLESCENTE ENFERMO

Con Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreicas Aguda, Asma, Enfermedades Parasitarias.

Enfermedades Metaxémicas (Paludismo), Anemia, etc.

#### OTRAS ACTIVIDADES

### CONSEJERÍA

Debe abordar los aspectos de salida de aplicación de los 5 pasos o ACCEDA:

1. Establecer una relación cordial
2. Determinar las necesidades del usuario
3. Satisfacer sus necesidades
4. Retroalimentar
5. Determinar plan de seguimiento

## ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

Requisitos indispensables para los adolescentes en:

### PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. Tener 16 años de edad o más
2. Tener riesgo de una ETS/SIDA
3. Tener riesgo de un embarazo
4. Ser asegurado
5. Ser activo sexualmente
6. Proceder al examen clínico e indicar el Método de Anticoncepción (MAC) elegido por el usuario y que no afecte su Salud (preservativos).

### EXAMEN DE MAMA Y PAP

Detección y Prevención de Cáncer Ginecológico, Evaluar signos de Tanner a través de la inspección y la palpación y revisar si existe o no deformaciones, tumoraciones, dolor o secreciones anormales por el pezón.

Entrenar en el autoexamen de mama y educar en los signos de alerta.

El examen de PAP se realizara solo en caso que la adolescente se le detecte riesgo sexual y/o reproductivo

Ver manual de la Mujer

### CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL

Cálculo de la Prescripción Dietética

Tratamiento del daño a través de la guía de alimentación, priorizando deficiencia de vitaminas y minerales

### IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE RIESGOS Y DAÑOS EN SALUD MENTAL

Tamizaje. Control en salud mental, Evaluación Psicológica

### IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE RIESGOS Y DAÑOS ODONTOLÓGICOS

Detección y eliminación de placa bacteriana, Fluorización, Obstrucción en Masa Sellantes y otras de acuerdo a la patología encontrada en el usuario.

### IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS SOCIALES

Violencia, ruptura familiar, abandono, entre otros.

Llenar la Historia Clínica y los Partes de Registros Diario

Fijar la próxima cita

Educación Grupal -

- Uso de metodología activa
- Cierre con conceptos básicos
- Evaluación de la sesión.
- Absolver preguntas

## PSIOPROFILAXIS

Actividad de Entrenamiento en Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental y Salud del niño

### VISITA DOMICILIARIA

Actividad de salud que va en busca del usuario con factores de riesgo determinantes y desencadenantes, que desmejoran la salud del usuario y su familia y/o búsqueda del paciente que abandonó el control y/o tratamiento.

### FORMACIÓN DE PROMOTORES (MANUAL DE CULTURA DE LA SALUD Y DE JUVENTUD ESSALUD)

Actividad educativa que busca formar en la comunidad vigías o promotores que sean el enlace entre la comunidad y el centro de salud.

### FORMACIÓN DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA(GAMS) (MANUAL DE CULTURA DE LA SALUD)

Actividad educativa que busca el apoyo de pacientes que comparten el tener un mismo riesgo y/o daño así como familiares y amigos

### TRABAJO EN LA COMUNIDAD (MANUAL DE CULTURA DE LA SALUD)

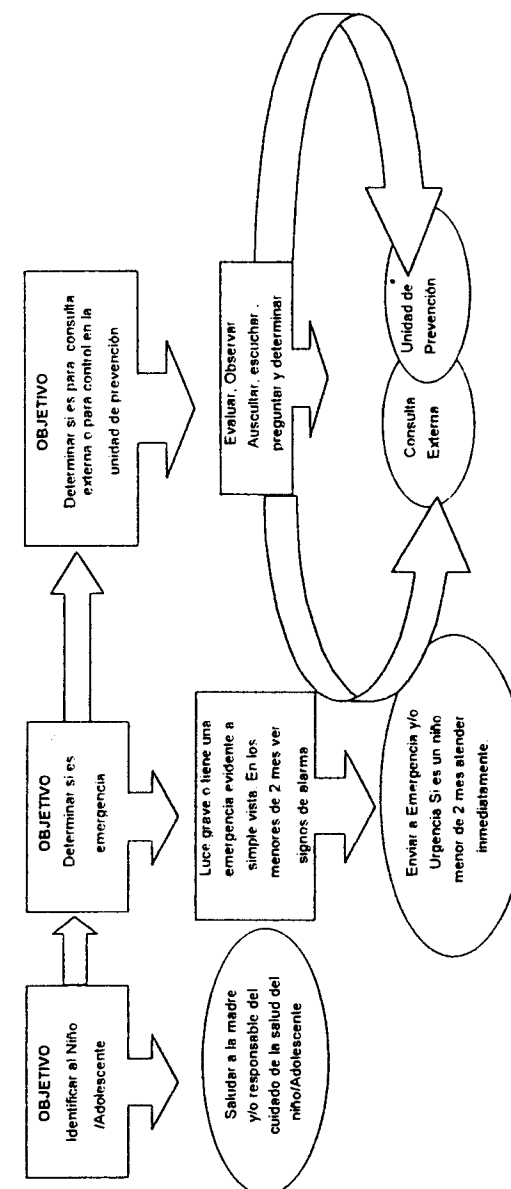
Iniciar la participación activa de la comunidad en las acciones de promoción de la salud, protección, prevención, recuperación y rehabilitación del niño/adolescente, incorporando la coordinación intersectorial.

### RECURSO HUMANO EN EL ÁREA DEL NIÑO ADOLESCENTE

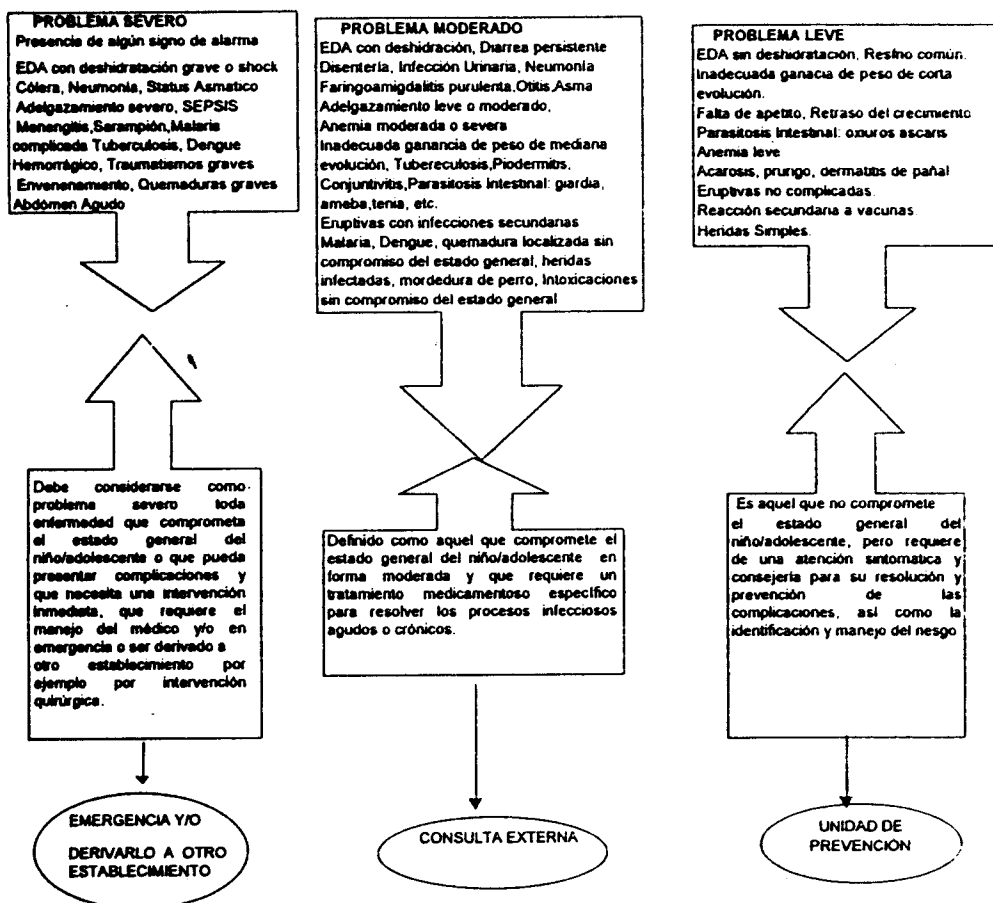
Compuesta por los diferentes profesionales de la salud, tendrán la habilidad y destreza de identificar estos factores de riesgos y/o daños, manejarlos, controlarlos y en caso de ser necesarios se deberá referir al especialista.

**Nota.-** Las actividades del adolescente en la unidad de prevención serán de fácil accesibilidad, tomando en cuenta las actividades diseñadas para este grupo poblacional.

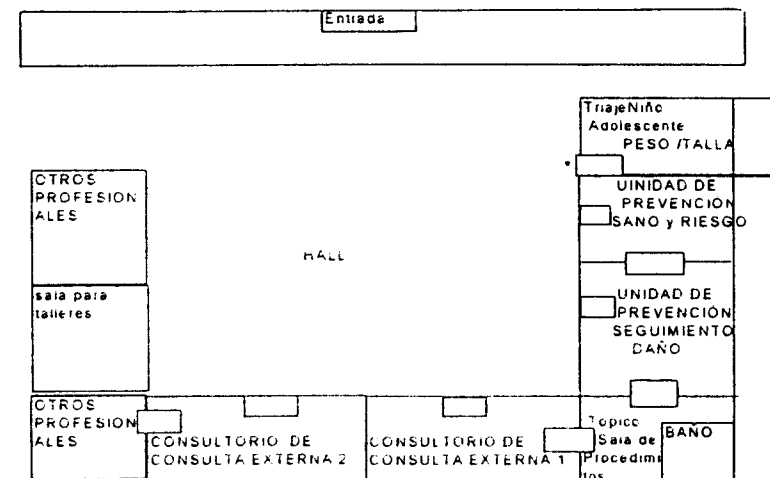
## PROCEDIMIENTOS EN TRIAJE



## CLASIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO/ADOLESCENTE



## 6.3 ORGANIZACIÓN DE LOS AMBIENTES



Para un Policlínico u otro tipo de establecimiento que se adecue, esto es opcional en el caso las postas y centros médicos quedan tal como están distribuidos. ESTE GRÁFICO ES UN EJEMPLO. LO IMPORTANTE ES QUE LA(S) UNIDAD(DES) DE PREVENCIÓN ESTÉN CERCA DE LA CONSULTA EXTERNA.

#### 6.4. ACTIVIDADES

- Determinar los signos de alarma para evitar muertes
- Determinar los casos y tratarlos si los hubiera
- Realizar actividades de Prevención como es identificar y controlar riesgos, realizar actividades de CRED e Inmunizaciones, y otros
- Brindar actividades de promoción. (educación para la salud)

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 1.- De 0 a 28 días  | (Neonato)       |
| 2.- Menor de 1 año  | (Lactante)      |
| 3.- De 1 a 4 años   | (Pre – escolar) |
| 4.- De 5 a 9 años   | (Escolar)       |
| 5.- De 10 a 17 años | (Adolescente)   |

CONSULTA EXTERNA	Unidad de Prevención	Sub grupo etáreo				
		1	2	3	4	5
• Detección, evaluación y control de riesgos y/o daños	• Control del Niño / Adolescente sano (CRED) y al enfermo (IRA, EDA, ASMA ) Parasitosis	X	X	X	X	X
• Tratamiento General	• Inmunizaciones al niño y al Adolescente	X	X	X		X
• Educación Individual y Grupal	• Consejería	X	X	X	X	X
	• Atención en Salud Reproductiva					X
	• Entrenamiento	X	X	X	X	X
	• Educación Individual y Grupal	X	X	X	X	X
	• Formación de promotores y Vigías Juventud EsSalud					X
	• Formación de Grupos de Auto ayuda	X	X	X	X	X
	• Campañas de Salud	X	X	X	X	X
	• Visita Domiciliaria	X	X	X	X	X
	• Otras actividades educativas	X	X	X	X	X

#### CAPITULO II

#### PRESTACIONES BASICAS DE SALUD EN PROMOCIÓN

##### PROMOCION

Actividad dirigida a la población Niño/Adolescente en general, desarrollando acciones de promoción de salud y actividades que reduzcan riesgos del niño/adolescente. Realizadas por un equipo multidisciplinario que comprende Médico, Enfermera, Obstetriz, Psicólogo(a), Nutricionista u otro personal de salud

##### a. EDUCACION EN SALUD INTEGRAL

Mejorar las condiciones de salud y bienestar del niño/adolescentes, mediante una atención con énfasis en la promoción (Juventud EsSalud para los Adolescentes)

##### Temas a desarrollar

- Prevención y Control de las infecciones respiratorias agudas
- Prevención y Control de las enfermedades diarreicas agudas
- Enfermedades inmunoprevenibles
- Prevención y Control de otras enfermedades infectocontagiosas y parasitarias.
- Nutrición y alimentación
- Higiene personal y bioseguridad
- Sexualidad humana y salud reproductiva
- Prevención del consumo de Alcohol, tabaco y Drogas.
- Autoestima y valores
- Salud bucal
- Prevención y Control de la TBC
- Prevención y Control de ETS/VIH-SIDA.

##### b. FORMACION DE PROMOTORES Y LIDERES JUVENILES. JUVENTUD ESSALUD

- Implementar talleres para la identificación y capacitación de líderes
- Motivación a través de temas de educación sexual y anticoncepción
- Fomento de la Creatividad
- Coordinación con Instituciones relacionadas, al arte y ciencia
- Grupos corales
- Música, pintura, dibujo
- Folklore
- Concurso de ciencias y creatividad, en coordinación con las instituciones
- Coordinaciones extra – inter institucional, con los centros educativos, parroquias, centros comunitarios. (En manual de cultura de la salud).

##### OTRAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD

**Coordinación Intra Institucional:** Tomar acuerdos con las autoridades para el desarrollo del plan de trabajo, así como de obtener la infraestructura, ambientación adecuada y los materiales a utilizar para el área del niño/ adolescentes.

**Coordinación Extra Institucional:** La articulación y coordinación con otras instituciones especializadas brindará soporte para la creación de redes para el niño/adolescente, permitiendo que se beneficien y se les brinde atención a sus necesidades.

También se realizará las coordinaciones con colegios de educación secundaria e Instituciones de Estudios Superiores: Universidades o Institutos para la selección de adolescentes candidatos a líderes integrantes del 3ro de Secundaria / adolescentes del 1er y 2do año de formación de los centros superiores, así como obtener la autorización para el desarrollo de las actividades en el centro educativo (talleres de educación, actividades recreativas, talleres con maestros, consejería. Ver manual de Juventud EsSalud)

## INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

El adolescente debe recibir información y educación para desarrollar estilos de vida saludables a través de talleres con una metodología dinámica vivencial participativa, enfocando temas que mejoren la calidad de vida del adolescente, como: nutrición balanceada, actividad física saludable, evitar el consumo de tabaco, alcohol, drogas, evitar embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, traumas psicológicos, además debe recibir información sobre planificación familiar: métodos disponibles para los adolescentes sexualmente activos y como acceder a ellos; su importancia, uso correcto del método, haciendo énfasis en la práctica de la abstinencia, informar sobre el riesgo obstétrico, riesgo reproductivo, detección del cáncer de cuello uterino y de mamas, salud bucal, psicoprofilaxis obstétrica, mental, proyecto de vida, etc. Ver manual de Juventud EsSalud

## ACTIVIDAD DEPORTIVA

La práctica de deportes es un importante componente en la vida del adolescente y por ello todo servicio que atiende adolescentes debe estar familiarizado con estos aspectos fundamentales.

Los adolescentes generalmente hacen ejercicio físico y practican deportes por las siguientes razones:

- A Por socializar y porque la mayoría de sus compañeros lo practican
- B Por emplear en algo su tiempo libre y evitar el aburrimiento
- C Por incrementar su sensación de bienestar físico y mental
- D Por auténtica afición a un determinado deporte

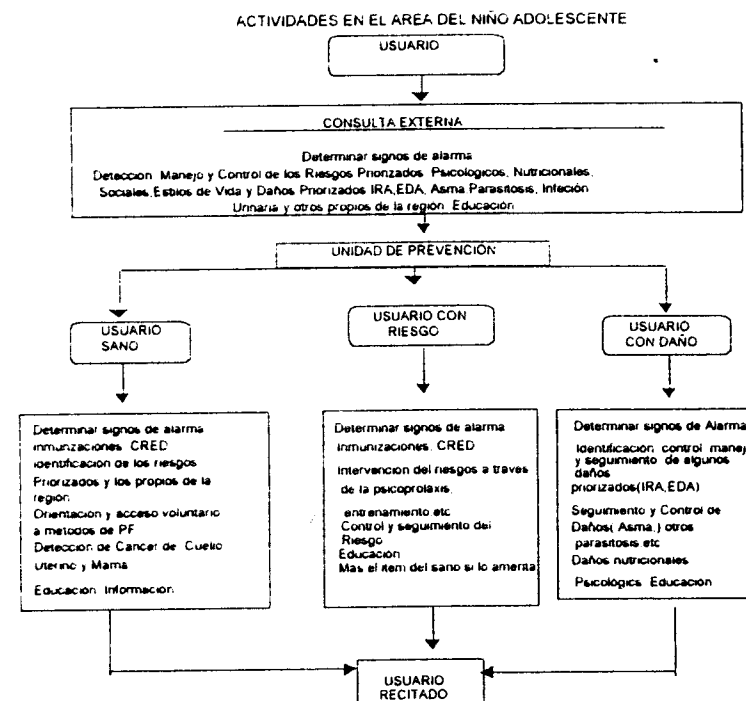
El Equipo de Atención Integral a Adolescentes deberá fomentar en ellos el deporte como una actividad saludable y agradable de poco riesgo informando, orientando además sobre una serie de aspectos relacionados con la vida deportiva, tales como nutrición y formas saludables de acondicionamiento físico, riesgos de una actividad física muy intensa, tipo de deporte más adecuado para un determinado adolescente, aptitud para dedicarse al deporte intenso, etc

## III CAPITULO

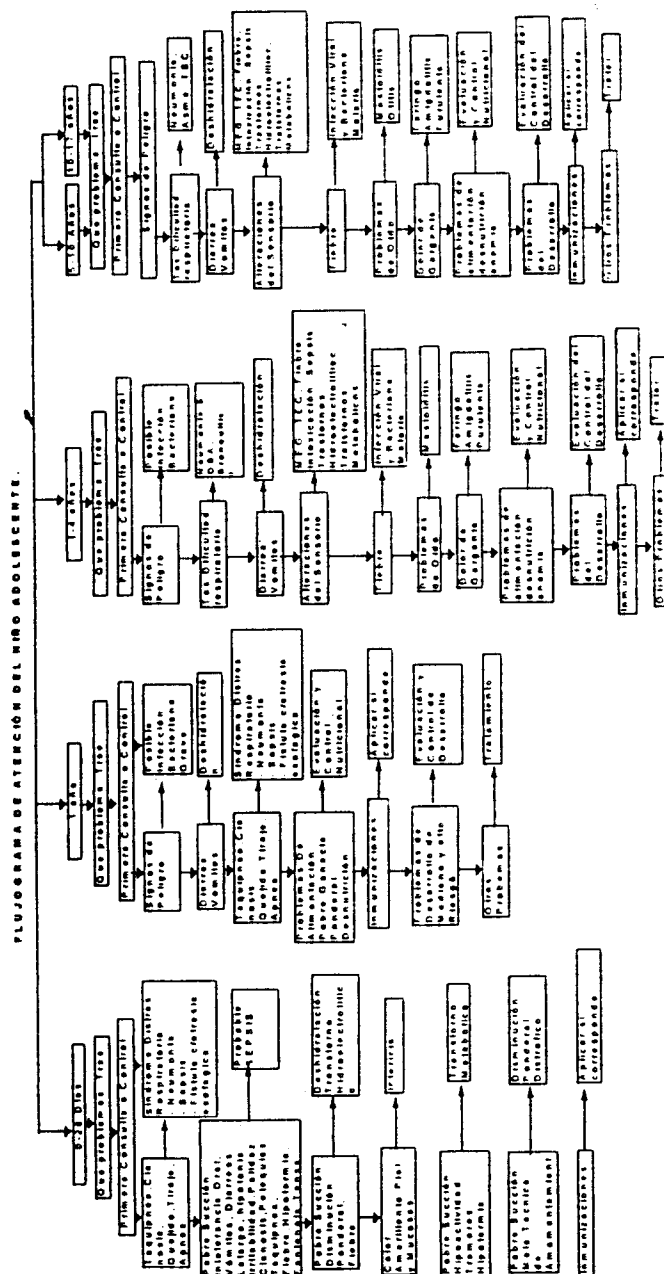
### PRESTACIONES BASICAS DE SALUD: VALORACIÓN INTEGRAL

Valoración Integral del Niño y del Adolescente se realizan 4 actividades

- Determinar los signos de alarma para evitar muertes
- Determinar los casos y tratarlos si los hubiera
- Realizar actividades de Prevención como es identificar y controlar riesgos, realizar actividades de CRED e Inmunizaciones y otros
- Brindar actividades de promoción (educación para la salud).







## 1. DETECCIÓN DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL NIÑO/ADOLESCENTE

Adecuar al cuadro superior. Avenguar el motivo de la Consulta

Signos de alarma SIGNO DE PELIGRO EN GENERAL:	Preguntas a la madre	Observación, verificación de la información y manejo inmediato.
<ul style="list-style-type: none"> <li>No puede beber o tomar el pecho, o</li> <li>Vomita todo, o</li> <li>Convulsiones, o</li> <li>Letárgico o comatoso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Puede el niño beber o tomar el pecho?</li> <li>¿Vomita el niño todo lo que ingiere?</li> <li>¿Ha tenido el niño convulsiones?</li> </ul>	<p>Referir <b>URGENTEMENTE</b> al Hospital; completar de inmediato el examen y administrar el tratamiento indicado antes de referirlo a Emergencia o al Hospital de mayor complejidad si es necesario.</p>
1- FIEBRE	¿Tiene Fiebre alta?          En el recién nacido ¿Tiene enfriamiento?	<p>Si la temperatura es mayor de 37.5°C axilar ó 38°C rectal, bajar por medios físicos y dar paracetamol. Si la temperatura es mayor de 38.5°C axilar o 39 °C rectal, bajar por medios físicos si no bajara proceder a administrar paracetamol ó aplicar metamizol de acuerdo a prescripción médica.</p> <p>Si el niño menor de 2 meses tiene temperatura menor de 35.5°C axilar ó 36°C rectal también tiene un signo de alarma.</p>
2- VÓMITOS INCONTINENTES	¿Tiene Vómitos intensos?	<p>Pedirle a la madre que le ofrezca el pecho al niño ( si esta lactando), o que le ofrezca agua en taza con cucharadita para ver si puede beberla. Asegurarse que no exista secreciones nasales. Si no es capaz de lactar o beber y vomita todo lo que toma referirlo al médico inmediatamente para decisión, evaluación y manejo.</p>
3- CONVULSIONES	¿Presento convulsiones ataques o espasmos? En el niño menor de 2 meses ¿Tiene la fontanela abombada?	<p>Observar si el niño presenta convulsiones o averiguar si convulsionó anteriormente. Asegurarse que la madre entienda el significado de la convulsión = ataque o espasmo. Examinar la fontanela del niño; si está abombada puede ser signo de meningitis, en cuyo caso será necesario enviarlo al médico o al establecimiento que pueda resolver el problema.</p>
4- INCONSCIENCIA O LETÁRGICA	¿Presenta mucho sueño? ¿Se encuentra dormido cuando debería estar despierto? En el menor de 2 meses: ¿Tiene llanto débil?	<p>Evaluar si el niño esta letárgico ( luce con sueño) o inconsciente: Verificar si el niño no se despierta al llamado de la madre ni a los aplausos o movimientos que se pueda hacer para despertarlo.</p> <p>En el caso del niño menor de 2 meses, considerar que está letárgico o inconsciente si está flácido, relajado, no lacta normalmente y presenta llanto débil.</p> <p>Si el niño se encuentra letárgico o inconsciente, con o sin antecedentes de convulsión, se lo debe referir al médico u otro establecimiento para que reciba tratamiento urgente.</p>

<b>5- DIARREA CON DESHIDRATACIÓN</b>	<b>¿Tiene Diarrea?</b>	<p>Observar y verificar (*) signo de alarma clave.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgica o inconsciencia(*)</li> <li>• Ojos hundidos (*)</li> <li>• No es capaz de beber</li> <li>• Signo del pliegue marcado (piel regresa en más de 2 segundos)(*)</li> <li>• Boca y lengua muy seca</li> <li>• Si bebe, lo hace ávidamente o con sed</li> </ul> <p>Si el niño presente 2 ó más de los signos anteriores o uno de los signos de peligro se trata de una <b>deshidratación grave</b> (con shock). En ese caso se debe administrar el Plan C: Tratar rápidamente la deshidratación grave o si el niño tiene otra manifestación de gravedad, referirlo <b>URGENTEMENTE</b> al Hospital</p> <p>Si el niño solo presenta diarrea con deshidratación leve o moderada, o sin deshidratación, tratarlo y dar las recomendaciones a la madre ( Ver capítulo EDA)</p>
<b>6-TOS CON DIFICULTAD RESPIRATORIA</b>  .Cualquier signo de peligro en general, (*) o .Estridor en reposo, (*) o .Tiraje subcostal, (*) o .Respiración rápida.	<b>¿Tiene Tos o dificultad para respirar?</b> <b>¿ Cuánto tiempo hace?</b>	<p>Se debe <b>OBSERVAR Y ESCUCHAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar las respiraciones en un minuto</li> <li>• Si el niño tiene: <b>Respiración rápida :</b></li> <li>Menor de 2 meses 60 o más por min.</li> <li>De 2 a 11 meses 50 o más por min.</li> <li>De 1 a 4 años 40 o más por min.</li> <li>• Observar si hay tiraje subcostal.</li> <li>• Observar y escuchar si hay estridor</li> <li>• Observar y escuchar si hay sibilancias</li> <li>Determinando si es el primer episodio o si es recurrente.</li> </ul> <p>Si existe cualquier signo de peligro en general o hay estridor en reposo o tiraje subcostal.</p> <p>Se tratará de una <b>Enfermedad muy grave o Neumonía</b>.</p> <p>En este caso dar la primera dosis de un antibiótico apropiado, tratar las sibilancias si las hay y referirlo <b>URGENTEMENTE</b> a Emergencia o al Hospital.</p> <p>Si hay <b>respiración rápida</b>, puede tratarse de una <b>neumonía</b>.</p> <p>En este caso dar el tratamiento antibiótico adecuado, por 7 días, tratar las sibilancias si la tiene, indicar a la madre cuando debe volver de inmediato y en todo caso su control en 2 días.</p> <p>Si no hubiera signo de neumonía o enfermedad muy grave, no corresponderá a una neumonía, pudiendo ser un resfriado, gripe, bronquitis, SOB o Asma.</p>

<b>7 - TRAUMATISMO GRAVE QUEMADURA MORDEDURA</b>	<b>¿Ha sufrido un accidente?</b> <b>¿Hay compromiso del estado de conciencia? ¿Presentó Vómitos o convulsiones?</b> <b>¿Tiene fractura o luxación?</b> <b>¿Tiene alguna herida sangrante? ¿Sufrió quemadura? ¿Sufrió Mordedura de perro?</b>	<p>Observar y verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Luce con sueño o es difícil de despertar?</li> <li>• ¿Vomitó o convulsionó después del trauma?</li> <li>• Si tiene deformación con dolor a la movilización (luxación o fractura)</li> <li>• Si tiene alguna herida importante que Este sangrando.</li> <li>• ¿Tiene quemadura de 2do o 3er grado en cara, manos, pies o genitales?</li> <li>• ¿Lo mordió el perro?</li> </ul> <p>Si se trata de un traumatismo leve, sin compromiso del estado general ni fractura, entonces puede recibir atención en consulta externa, unidad de prevención o tóxico</p>
<b>8 ENVENENAMIENTO</b>	<b>¿Tomo algún veneno?</b> <b>¿Se sabe que veneno tomó?</b> <b>¿Hace cuantas horas tomó el veneno?</b> <b>¿Presento vómitos?</b> <b>¿Existe compromiso del estado general?</b>	<p>Averiguar si existe alguna evidencia ( frasco vacío o derramado) que indique el tóxico o veneno que tomó.</p> <p>Puede tratarse de algún medicamento, de sustancias empleadas para la limpieza(lejía, ácido muriático), gasolina, kerosene, insecticida, etc.</p> <p>El tiempo transcurrido desde que tomó el veneno determinará el pronóstico y el manejo del niño.</p> <p>La presencia de vómitos es un dato de gran importancia, sobre todo en el caso de envenenamiento por cáusticos. El vómito debe ser evitado, y si ya se presentó es un signo de alarma y de pobre pronóstico.</p> <p>Si el niño no sufrió un envenenamiento accidental y tiene alguno de los signos de alarma( fiebre, vómitos, convulsiones, letargia o inconsciencia), constituye una urgencia y/o emergencia se debe transferir a la emergencia y si en este servicio no se puede resolver el problema referir a otro establecimiento</p>
<b>9 -DOLOR ABDOMINAL</b>	<b>¿Tiene dolor abdominal intenso?</b> <b>¿El dolor es muy fuerte?</b> <b>¿Cuánto tiempo tiene el dolor?</b> <b>¿Se asocia a vómitos y fiebre?</b>	<p>Averiguar sobre la intensidad del dolor. Observar si el niño/adolescente tiene encorvamiento para caminar por el dolor.</p> <p>El dolor abdominal de más de 24 horas deber ser evaluado y atendido en urgencia /emergencia.</p> <p>Para sospechar de diagnóstico de Apendicitis Aguda, el dolor abdominal generalmente debe estar asociado con vómitos y posteriormente con fiebre. Otros síntomas son estreñimiento y distensión abdominal. Frente a estos síntomas, transferirlo inmediatamente, si no se puede resolver en el establecimiento.</p>

10.- MALARIA COMPLICADA	GRAVE	¿Tiene fiebre y procede de una zona de malaria? ¿Tiene anemia severa? ¿Esta despierto somnoliento?	Preguntar si la fiebre se presenta todos los días y si se asocia con malestar general, escalofríos y dolor de cabeza. Observar si existe palidez marcada de la piel mucosas (labios, conjuntivas, uñas.) Si el niño tiene fiebre, anemia severa, alteraciones del nivel de conciencia y procede de la zona de malaria, entonces se trata de MALARIA. En tal caso, solucionar de acuerdo a protocolo de lo contrario, transferirlos a otro establecimiento.
11.- DENGUE LESIONES HEMORRÁGICAS.	CON	¿Tiene fiebre con lesiones hemorrágica? ¿Tiene erupciones o manchas en la piel? ¿Le sangra las encías? ¿Sangró por la nariz? ¿Tuvo vómito de sangre? ¿Hizo deposiciones con sangre?	Verificar si el niño tiene más de 38.5°C y alguna de estas formas de sangrado espontáneo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntos rojos en la piel, equimosis o hematomas (moretones sin antecedentes de traumatismo previo).</li> <li>• Sangrado de encías.</li> <li>• Sangrado de nariz.</li> <li>• Vómito de sangre fresca.</li> <li>• Deposiciones con sangre.</li> </ul> Frente a esta situación, atender según corresponde, de lo contrario debemos transferir a otro establecimiento.

## 2. VALORACIÓN INTEGRAL DURANTE LA INTERVENCIÓN SALUD DEL ADOLESCENTE RELATIVOS AL ADOLESCENTE

- Problemas escolares o vocacionales
- Alteraciones conductuales
- Aspectos psicosociales: Problemas en grupo primario familia; Problemas de dominancia y/o sumisión con el grupo de pares
- Aspectos emocionales (depresión, ansiedad, intento de suicidio)
- Sexualidad
- Abuso de sustancias
- Conductas accidentógenas
- Problemas médicos (acné, vicios de refracción, escoliosis, dismenorrea, etc.)
- Trastornos de peso y talla, problemas nutricionales, anorexia, bulimia
- Sedentarismo
- Quejas somáticas
- Enfermedades crónicas

### RELATIVOS A LA FAMILIA

- Disfunción familiar o de pareja
- Violencia doméstica: abuso físico, sexual o psicológico
- Padre lejano o ausente
- Enfermedades discapacitantes familiares
- Abuso de sustancias
- Problemas económicos y/o judiciales.
- Crisis del ciclo vital familiar: separaciones, duelos, traslados, etc.
- Problemas de comunicación familiar
- Aislamiento social

## RELATIVOS A LA COMUNIDAD

- Pobreza
- Vivienda inadecuada
- Tóxicos ambientales
- Vecindarios inseguros
- Violencia: abuso sexual
- Trabajo y sus condiciones
- Escasas oportunidades laborales al completar los estudios
- Baja calidad de la educación
- Falta de oportunidades de actividades extracurriculares culturales, recreativas, etc.
- Discriminación
- Falta de acceso a servicios de salud
- Servicios públicos inadecuados

En resumen, la consulta de salud del adolescente debe ser integral, utilizando un enfoque biopsicosocial y familiar. En la evaluación psicosocial del adolescente siempre debe estar presente la evaluación de las siguientes áreas

- H = Hogar: genograma estructura y funcionamiento familiar
- E = Educación: rendimiento escolar, conducta y relaciones con sus pares
- A = Actividades extraescolares, pertenencia a grupos
- D = Drogas, Dieta
- S = Sexualidad
- S = Suicidio

## OBJETIVOS DE LA CONSULTA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Los objetivos de la consulta de salud del adolescente son:

- Diagnosticar y tratar precozmente los problemas de salud
- Prevenir complicaciones
- Apoyar a alcanzar el máximo potencial de desarrollo del adolescente
- Educar al adolescente y su familia
- Entregar habilidades de uso adecuado de servicios de salud

Una adecuada consulta de salud contribuirá a disminuir las conductas de riesgo y favorecerá el desarrollo saludable del adolescente.

El profesional de salud debe identificar y reforzar las fortalezas o factores protectores de los adolescentes, sus familias y la comunidad, los que están interrelacionados y son dependientes entre sí.

Los profesionales de salud deben supervisar el grado de desarrollo de los logros de la adolescencia y otorgar guía y apoyo a las familias para alcanzar un óptimo cumplimiento de las tareas del adolescente.

## ESTIMULAR Y REFORZAR LAS FORTALEZAS O FACTORES PROTECTORES DEL ADOLESCENTE, SU FAMILIA Y LA COMUNIDAD:

### FORTALEZAS DEL ADOLESCENTE:

- Buena salud física y un estado nutricional adecuado
- Buena imagen corporal
- Responsabilidad en apropiados hábitos de salud
- Estado físico adecuado
- Carácter positivo, amistoso.
- Buena relación con sus pares
- Habilidades sociales
- Experimentar esperanza, alegría, éxito, amor.
- Autoestima adecuada
- Manejar el estrés
- Nivel de autonomía apropiado a la edad
- Desarrollo de la identidad personal
- Conducta sexual responsable
- Respetar derechos y necesidades del otro
- Establecer metas educacionales y vocacionales
- Establecer un sistema de valores

### FORTALEZAS FAMILIARES:

- Provee necesidades básicas: comida, techo, ropa, seguridad, atención de salud
- Entiende los cambios emocionales propios de la adolescencia
- Estimula actividades que favorecen la autoimagen del adolescente
- Dedica tiempo al adolescente
- Premia logros del adolescente
- Favorece el desarrollo de amistades
- Reconoce el cambio de rol adolescente y parental
- Otorga educación sexual
- Estimula la independencia y responsabilidad de los adolescentes
- Desarrolla un equilibrio entre apoyo, tolerancia y límites apropiados
- Apoya las metas educacionales y/o vocacionales del adolescente
- Provee de sistema de valores y modelos

### FORTALEZAS DE LA COMUNIDAD:

- Provee de oportunidades educacionales y vocacionales de calidad
- Provee de actividades para adolescentes: recreativas, deportivas, educacionales, sociales.
- Otorga apoyo a familias con necesidades especiales
- Dispone de legislación que proteja a adolescentes.
- Otorga servicios integrales de salud y educación, con actividades diferenciadas para adolescentes
- Otorga un medio ambiente libre de riesgos (tóxicos, violencia, polución)
- Asegura transporte público y derecho a vivienda

### EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS TAREAS DEL ADOLESCENTE:

- Mantener higiene dental y hábitos alimentarios adecuados
- Realizar actividad física regularmente y mantener un peso apropiado
- Hacer uso de medidas de prevención de accidentes: cinturones de seguridad, cascos
- Evitar alcohol, tabaco y otras drogas
- Manejar la presión negativa de pares

- Practicar habilidades de resolución de conflictos
- Desarrollar autoestima, confianza en si mismo e identidad personal
- Desarrollar habilidades de relación con sus pares, parientes y otros adultos.
- Continuar el proceso de separación de la familia de origen
- Desarrollar sentido de responsabilidad por el otro y empatía
- Lograr responsabilidad en el rendimiento académico
- Desarrollar habilidades de lenguaje oral y escrito.
- Desarrollar sentido de responsabilidad y moralidad

### RESULTADOS ESPERADOS EN LA CONSULTA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Un proceso de consulta de salud exitoso debe promover las siguientes condiciones en el adolescente:

- Confianza en si mismo
- Independencia
- Rol activo en promoción de salud
- Óptima nutrición
- Crecimiento y desarrollo apropiados
- Hábitos de salud adecuados
- Disminución de conductas de riesgo
- Prevención de accidentes
- Desarrollo de fortalezas familiares
- Detección de factores que interfieren con el éxito educacional.
- Prevención de problemas conductuales

### ANAMNESIS

#### PREGUNTAS CLAVES A LOS PADRES

- ¿ Cómo está usted?
- ¿ Qué enfermedades o trastornos importantes hay en la familia. Diabetes, obesidad, infecciones, enfermedades crónicas, alergias, trastornos psicológicos, abuso de sustancias, problemas judiciales?
- ¿ Cómo le ha parecido el proceso de la adolescencia de su hijo/a?
- ¿ Qué característica de su hijo/a le hace sentirse más orgullosa?
- ¿ Qué preguntas o inquietudes tiene hoy?
- ¿ Han habido cambios mayores o situaciones familiares estresantes desde la última visita?
- ¿ Qué actividades realizan en conjunto en la familia? Con qué frecuencia?
- ¿ Comenta su hijo/a con usted acerca de sus sentimientos, preocupaciones, experiencias escolares?
- ¿ Cómo le va a su hija/o en el colegio?
- ¿ Considera usted que el rendimiento escolar de su hijo/a es compatible con las metas vocacionales que él se ha propuesto?
- ¿ Qué hace su hijo/a después del colegio? Participa en deportes?
- ¿ Comparten comidas con su hijo/a? Con qué frecuencia?
- ¿ Está contenta con los amigos de su hijo/a?
- ¿ Se le ha hablado a su hijo/a en casa o en el colegio acerca de: drogas, sexualidad u otros temas de salud?
- ¿ Cree usted que el abuso de drogas, tabaco, alcohol son problema para alguien en su familia?
- ¿ Existen reglas claras en relación a la conducta esperada de su hijo/a?
- ¿ Su hijo/a hace ejercicio en forma regular?
- ¿ Insiste usted en el uso de cinturones de seguridad o cascos?

## PREGUNTAS CLAVES AL ADOLESCENTE DESARROLLO FÍSICO, SOCIAL Y EMOCIONAL

- ¿ Qué enfermedades importantes has tenido? ¿Hospitalizaciones? ¿Operaciones? ¿Accidentes? ¿Intoxicaciones? ¿Tratamientos previos? ¿Inmunizaciones?
- ¿ Quién es tu mejor amigo? ¿Qué edad tiene? ¿Qué actividades realizan juntos? ¿Cuántos amigos tienes?
- ¿ Sientes que tus amigos: te aceptan? te ignoran? te rechazan?
- ¿ En qué actividades te destacas?
- ¿ Sientes que logras las cosas que quieres?
- ¿ En qué actividades te entretienes?
- ¿ Qué cosas te preocupan? ¿Te ponen triste? ¿Te molestan? ¿Qué haces cuando te ocurren? ¿Con quién las compartes?
- ¿ Duermes bien? ¿Tienes pesadillas? ¿Con qué frecuencia?
- ¿ Te has sentido triste o solo alguna vez en alguna fiesta?
- ¿ Has pensado alguna vez en escapar de casa?
- ¿ Sabes si alguno de tus amigos se ha tratado de suicidar alguna vez?
- ¿ Te has tratado de quitar la vida alguna vez?
- ¿ Has tenido problemas en la escuela alguna vez?
- ¿ Has tenido problemas con la justicia alguna vez?
- ¿ Te consideras: triste? nervioso? alegre? muy tímido?
- ¿ Quién es la persona adulta en la que más confías?
- ¿ Si pudieras cambiar algo en tu vida, ¿qué cambiarías?

## DESARROLLO FÍSICO Y HÁBITOS DE SALUD

- ¿ Has comentado con alguien respecto a tu desarrollo físico?
- ¿ Crees que tu desarrollo es semejante al de tus amigos de tu edad?
- ¿ Estás contento con tu apariencia?
- ¿ Realizas algún ejercicio o deporte? ¿Has tenido accidentes deportivos? ¿Te sientes presionado por tu entrenador?
- ¿ Cuántas horas diarias ves televisión o juegas video?
- ¿ Trabajas? ¿Cuántas horas semanales?
- ¿ Cómo te sientes con tu peso? ¿Estás tratando de modificarlo? ¿Cómo?
- ¿ Cuántas comidas al día consumes y en qué consisten? ¿Comes acompañado por tu familia? ¿Cuánta leche tomaste las últimas 24 horas?
- ¿ Usas bloqueador cuando te asoleas?
- ¿ Tus amigos fuman? ¿Toman alcohol? ¿Consumen drogas?
- ¿ Qué piensas tú acerca del tabaquismo? ¿Consumo de drogas? ¿Consumo de alcohol?
- ¿ Durante el último mes: ¿Has fumado? ¿Has tomado alcohol? ¿Has consumido drogas? ¿Con qué frecuencia? ¿Desde qué edad consumes?
- ¿ Has andado en un auto en el que el conductor haya consumido alcohol o drogas?
- ¿ Has recibido información acerca de los efectos del tabaco, alcohol y drogas?
- ¿ Te has sentido presionado alguna vez por tus amigos a hacer cosas que no quieres? ¿Cómo lo has manejado?
- ¿ Usas cinturón de seguridad en el auto? ¿Usas casco al andar en bicicleta?
- ¿ Hay armas en tu casa?
- ¿ Has sido testigo, has sido amenazado o has participado directamente alguna vez de situaciones violentas?
- ¿ Has sido víctima de maltrato o abuso sexual, físico o psicológico?

## DESARROLLO SEXUAL

- ¿ Tuviste tu primera regla? ¿Son regulares tus reglas?
- ¿ Tuviste tu primera eyaculación?
- ¿ Tienes amigos que hayan comenzado con actividad sexual?
- ¿ Te has enamorado alguna vez? ¿Cuántas veces? ¿Estas enamorado(a) ahora?

- ¿ Hace cuánto tiempo que te has enamorado(a)? ¿Estas contento(a) con esa relación?
- ¿ Tienes alguna duda o inquietud en temas relativos a sexualidad?
- ¿ Has sido presionado(a) alguna vez a tener actividad sexual?
- ¿ Has sentido atracción sexual por alguien de tu mismo sexo? ¿Has comenzado con actividad sexual?
- ¿ Sientes apoyo de tu familia, amigos o comunidad?
- ¿ Has tenido alguna vez alguna enfermedad de transmisión sexual (secreciones)?
- ¿ Conoces las formas de transmisión del virus del SIDA? ¿Cómo te protegerías?
- ¿ Te has embarazado o has embarazado a alguien alguna vez? Has abortado alguna vez?
- ¿ Has utilizado o utilizas algún método de planificación familiar? ¿Cuál?

## FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

- ¿ Con quién vives?
- ¿ Con quién compartes tu cuarto? ¿Tu cama? ¿Cuántos cuartos hay en tu casa?
- ¿ Cómo te llevas con los miembros de tu familia?
- ¿ En qué trabajan tus padres? ¿Qué nivel de escolaridad tienen?
- ¿ Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?
- ¿ Conversan entre los miembros familiares los problemas que tienen en la casa?
- ¿ Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?
- ¿ Sientes que tu familia te quiere?
- ¿ Existen reglas claras y justas en tu familia?
- ¿ Qué tipo de responsabilidades tienes en tu casa?
- ¿ Qué te gustaría cambiar en tu familia si pudieras? En caso de padres separados: ¿Con qué frecuencia ves al padre que no está contigo? ¿Estás de acuerdo con el régimen de visitas?

## RENDIMIENTO ESCOLAR

- ¿ Cómo te va en el colegio? ¿Qué promedio de notas tienes?
- ¿ Cómo te llevas con los profesores? ¿Con los compañeros?
- ¿ Participas de actividades extraescolares? ¿Cuales?
- ¿ Has repetido alguna vez? ¿Por qué?
- ¿ Has dejado el colegio alguna vez? ¿Por qué?
- ¿ Trabajas? ¿Cómo te va en tu trabajo? ¿Te gusta?

## OBSERVACIÓN DE LA INTERACCIÓN PADRE- ADOLESCENTE

Durante la entrevista conjunta padre(s)(responsables del cuidado de) adolescente es fundamental observar los siguientes aspectos:

- ¿ Da oportunidad el padre al adolescente a contestar algunas preguntas?
- ¿ Apoya el padre al adolescente en sus aseveraciones?
- ¿ Cómo reacciona el padre y el adolescente a la sugerencia de entrevista individual al adolescente?
- ¿ Cómo reacciona el adolescente ante las respuestas u opiniones del padre?
- ¿ Cambia la actitud del adolescente cuando el padre no está en la consulta?

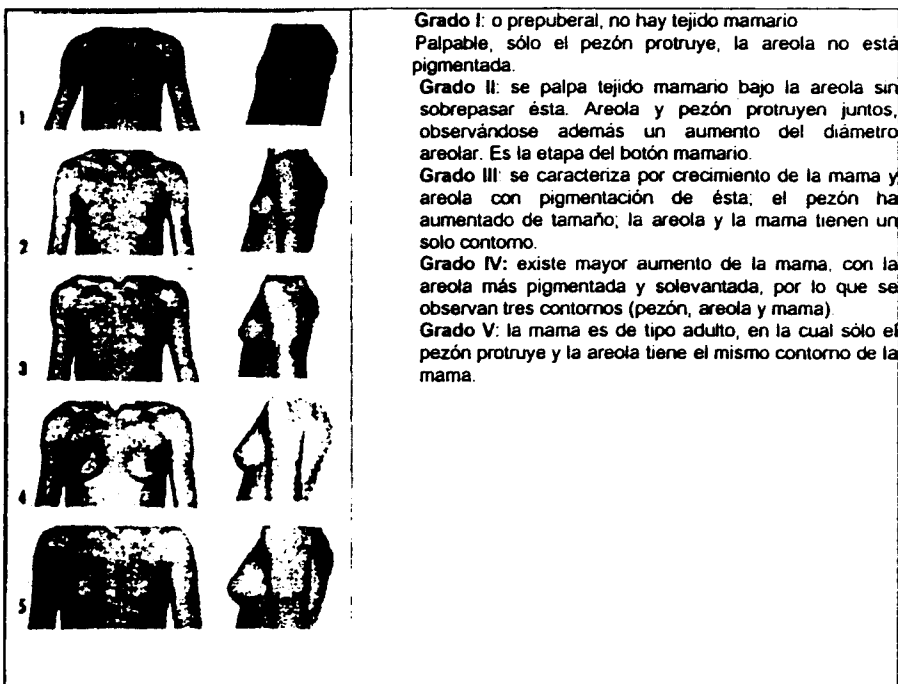
## EXAMEN FÍSICO

Debe ser completo, incluyendo siempre antropometría y desarrollo puberal. De preferencia debe ser realizado sin la presencia de los padres, excepto situaciones especiales, como casos de abuso sexual. Se debe respetar el pudor y la privacidad. El examen debe ser para el adolescente una experiencia educativa y de autoafirmación

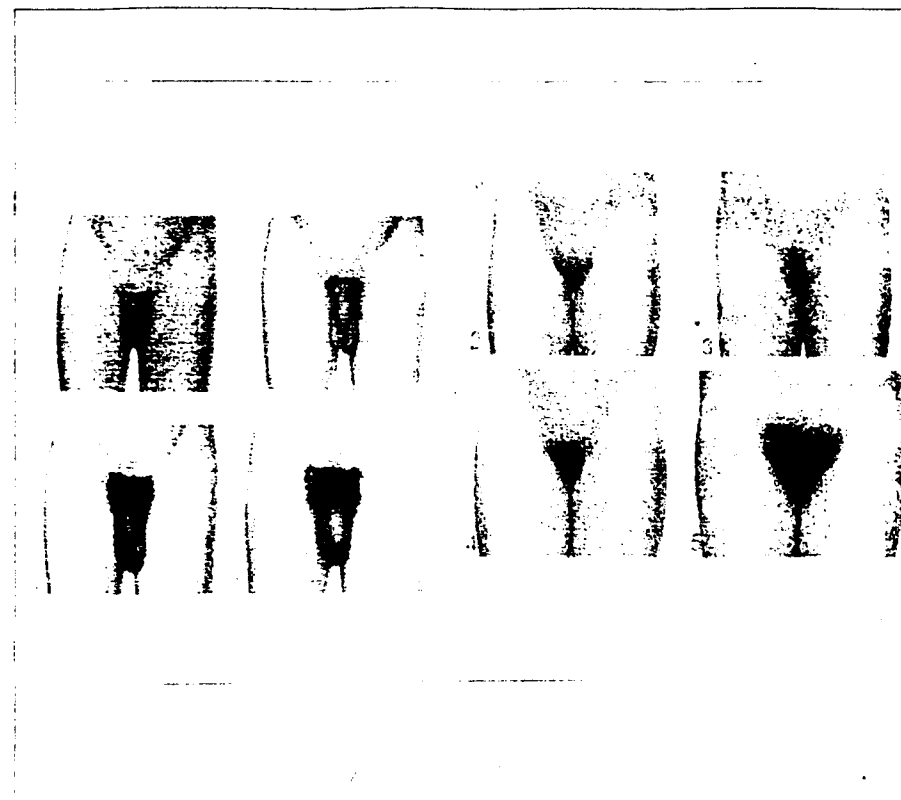
## EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y DESARROLLO PUBERAL

- Medir peso, talla. Evaluar relación Peso/Talla y Talla/ Edad  
Aquellos adolescentes con relación P/T 110 a 120% o IMC entre percentil 85 y 95 por edad y sexo requieren evaluación de condiciones de riesgo cardiovascular y educación alimentaria. Deben ser derivados para manejo nutricional los adolescentes con:
- IMC igual o superior al percentil 95, o menor o igual al percentil 85 por edad y sexo
- Relación P/T mayor de 120% o menor de 90% Evaluar Grados de Tanner

### Grados de Tanner del desarrollo mamario.



### Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico (para ambos sexos).



Grado I: o prepuberal, no existe vello de tipo terminal.

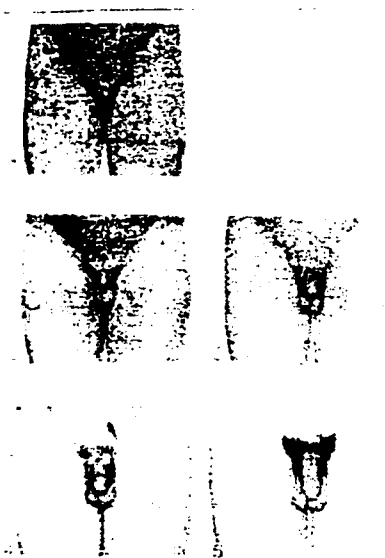
Grado II: existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado en la base del pene o a lo largo de labios mayores

Grado III: se caracteriza por pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.

Grado IV: el vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.

Grado V: el vello pubiano es de carácter adulto con extensión hacia la cara interna de muslos. Posteriormente, en el varón el vello se extiende hacia el ombligo; algunos autores esto lo consideran como un grado VI.

## GRADOS DE TANNER DEL DESARROLLO GENITAL EN EL VARÓN.



**Grado I:** los testículos, escroto y pene tienen características infantiles.

**Grado II:** el pene no se modifica, mientras que el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose más laxa; el testículo alcanza un tamaño superior a 2,5 cm en su eje mayor.

**Grado III:** se caracteriza por testículos y escroto más desarrollados (testículos de 3,3 a 4 cm); el pene aumenta en grosor.

**Grado IV:** hay mayor crecimiento peneano, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4,1 a 4,5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado.

**Grado V:** los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, largo testicular mayor de 4,5 cm.

## EXAMEN FÍSICO SEGMENTARIO:

- **Medir presión arterial.** Evaluar de acuerdo a Tablas de Presión Arterial por edad, sexo y talla.
- **Presión arterial normal:** Igual o bajo el percentil 90 por edad y sexo.
- **Riesgo de hipertensión:** P. arterial entre el percentil 90 y 95. Deben ser controlados cada 6 meses.
- **Hipertensión Arterial:** P. arterial igual o sobre el percentil 95. Deben ser referidos para estudio y seguimiento.
- **Piel:** Evaluar presencia y grado de acné y otras dermatosis comunes al adolescente
- **Medir agudeza visual.** (Tabla de Snellen)
- **Indagar por alteraciones de la audición.** En caso de hipoacusia o en presencia de factores de riesgo de hipoacusia solicitar examen de audiometría.
- **Examen dental:** Evaluar desarrollo de la dentición permanente: aparición de primer y segundo premolares, caninos y segundos molares entre los 10 y 13 años y tercer molar al final de la adolescencia. Evaluar higiene dental, caries, gingivitis, mal oclusiones, pérdidas o traumas dentarios.
- **Examen de columna:** Evaluar presencia de escoliosis, hiperxifosis dorsal (dorso curvo) y/o hiperlordosis lumbar. En caso de escoliosis determinar si se trata de un trastorno funcional o verdadero. Adolescentes con curvas escolióticas mayores de 15 - 20 grados deben ser referidos si no han completado el crecimiento. En mujeres el crecimiento espinal se completa 18 a 24 meses postmenarquia.
- **Examen de tiroides:** Evaluar tamaño y consistencia de tiroides y presencia de nódulos.
- **Examen gineco-urológico:** Evaluar periodicidad menstrual y características de las reglas, presencia y características de flujo genital, lesiones genitales.
- **En mujeres:** Informar acerca de autoexamen de mamas. Evaluar presencia de displasia mamaria, quistes, nódulos mamaros, mastodinia y galactorrea. En caso de adolescentes sexualmente activas: referir para examen ginecológico. Evaluar presencia de secreción vaginal fisiológica y educar en relación a medidas de higiene genital.

- En varones: Evaluar presencia de ginecomastia. Evaluar presencia de lesiones genitales, simetría y masas testiculares. Instruir al adolescente a realizar autoexamen testicular
- Realizar examen físico completo: cabeza, boca, cuello, tórax, cardiopulmonar, abdomen, génito-urinario, extremidades, y neurológico.
- Evaluar evidencias de maltrato físico.

## VARIACIONES NORMALES DEL DESARROLLO ADOLESCENTE

Los adolescentes se preocupan sobremanera acerca de sus cambios físicos, por lo que es importante que conozcan las características normales del proceso de crecimiento, así como su amplia variabilidad. El profesional de salud debe detectar las variaciones normales del desarrollo de adolescentes y orientar al adolescente y su familia, así como ofrecer tratamiento, en caso necesario.

- **Ginecomastia:** En un 40 a 65% de los varones púberes tiene lugar cierto grado de hipertrofia mamaria como resultado de un exceso relativo de estimulación estrogénica. El crecimiento de la glándula mamaria puede ser uni o bilateral, hasta el grado II de Tanner, acompañado a veces de dolor local. Los pequeños aumentos (menores de 4 cms. de diámetro) se resuelven en tres años sin tratamiento en un 90% de los casos.
- **Desarrollo mamario asimétrico:** Frecuente en las mujeres, en la mayoría de los casos transitorio.
- **Acné:** En ambos sexos los andrógenos suprarrenales estimulan las glándulas sebáceas y promueven la aparición de acné.
- **Hipertricosis e hirsutismo:** La mayor parte de las veces idio-pático. Debe ser evaluado por médico para determinar la necesidad de mayor estudio y manejo específico.
- **Ciclos menstruales irregulares:** Durante los dos primeros años posterior a la menarquia los ciclos menstruales son frecuentemente irregulares, producto del proceso de maduración del eje hipotálamo-hipofisis-gonadal.
- **Flujo vaginal puberal:** Aparece previo a la menarquia. Se diferencia del flujo vaginal patológico por ser escaso, inoloro, incoloro y no acompañarse de dolor, prurito ni disuria.

## PROCEDIMIENTOS DE SCREENING

- **Examen anual de visión:** Utilizar Tabla de Snellen.
- **Audiometría** sólo en casos de riesgo o sospecha de patología
- **Control anual de presión arterial**
- **Control de hematocrito-hemoglobina** en caso de:
  - reglas abundantes
  - pérdida de peso crónica
  - déficit nutricional
- **Control de hiperlipidemia** en caso de:
  - Padres o abuelos con historia de enfermedad coronaria o AVE antes de los 55 años.
  - Padres con niveles de colesterol mayores de 240 mg/dl
  - En caso de historia familiar y/o personal de: tabaquismo, sedentarismo, hipertensión, obesidad, diabetes mellitus, sometido a evaluación individual.
- **Adolescentes sexualmente activos:**
  - Papanicolaou y examen ginecológico anual en mujeres (sólo en mujeres sexualmente activas)
  - Brindar educación.
  - Estudio de enfermedades de transmisión sexual (clamidia, gonorrea, sífilis) en caso de: historia de ITS, promiscuidad sexual, pareja en riesgo de ETS, uso de drogas, conducta homosexual.
  - Test VIH (con consentimiento informado y consejería) en caso de: conducta homosexual, promiscuidad sexual, historia de transfusiones, pareja en riesgo, historia de ETS, uso de drogas endovenosas.

## INMUNIZACIONES

### Se recomienda:

- **Tres Vírica Rubéola, Sarampión y Parotiditis:** Se recomienda su administración en mujeres a los 11 -12 años en caso de no tener 2 dosis previas.
- **Hepatitis B:** La AAP la recomienda en todo adolescente que no haya sido inmunizado previamente, se utiliza en grupos de riesgo: personal de salud, usuarios de drogas endovenosas, homosexuales, politransfundidos, sometidos a diálisis.
- **Varicela:** Recomendada en todo adolescente que no haya tenido la enfermedad y no haya sido inmunizado previamente.
- **Aplicar diftérico - tetánico MEF** ( a partir de los 14 años).
- En el ámbito nacional se recomienda vacunar contra fiebre amarilla en zonas endémicas.

## RECOMENDACIONES AL ADOLESCENTE

### PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

- **Duerme** en cantidad adecuada
- **Realiza** actividad física al menos 3 veces a la semana
- **Reemplaza** la televisión por otras actividades recreativas

### PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y VIOLENCIAS

- **Usa cinturón de seguridad** en el auto
- **Aprende a nadar** y no lo hagas en condiciones riesgosas
- **No tomes alcohol** en circunstancias de riesgo: nadar, andar en bote, etc.
- **Usa bloqueador solar** al tomar sol
- **Discute con tus padres** acerca de medidas a tomar en caso de emergencias: incendios, terremotos, etc.
- **Usa casco** en motoneta o bicicleta
- **Usa protectores** en caso de deportes de contacto
- **Evita la contaminación acústica**
- **No portes armas**
- **Desarrolla habilidades** en resolución de conflictos
- **Evitar situaciones** de riesgo de maltrato físico o abuso sexual.

### SALUD MENTAL

- **Aprende a conocerte** a ti mismo
- **Reconoce** tu proceso de crecimiento y cambio
- **Aprende a valorar** tus fortalezas
- **Recurre** a un profesional de salud o a un adulto en quien confíes cuando requieras información o apoyo sentimental.
- **Comprende** la importancia de tus inquietudes religiosas y espirituales y trata de satisfacerlas
- **Explora** nuevos roles, respetando a los que te rodean

### NUTRICIÓN

- **Come** 3 a 4 comidas diarias. No dejes de tomar desayuno. Come regularmente con tu familia
- **Utiliza** alimentos saludables y variados
- **Limita** alimentos: ricos en grasa o colesterol, bajos en contenido nutritivo, con exceso de azúcar o sal.
- **Prefiere** las frutas, verduras, cereales, productos lácteos, carnes magras, y comidas preparadas con poca grasa. Incluye alimentos ricos en calcio y hierro en la dieta.
- **Mantén** un peso apropiado a través de una dieta adecuada y ejercicio físico.

Las recomendaciones dietéticas para adolescentes de 10 a 19 años, incluyen:

	Varones	Mujeres
Calorías (Kcal/Kg./día)	55	47
Proteínas ( gr/ Kg/día)	(10-15% del total de calorías) 10 a 14 años: 1 gr/ Kg/día 15 a 19 años: 0.9 gr/ Kg/día	(10-15% del total de calorías) 10 a 14 años: 1 gr/ Kg/día 15 a 19 años: 0.8 gr/ Kg/día
Hidratos de carbono	52-58% del total de calorías	52-58% del total de calorías
Grasas	Menos del 30% del total de calorías	Menos del 30% del total de calorías
Grasas saturadas	Menos del 10% del total de calorías	Menos del 10% del total de calorías
Colesterol	Menos de 100 mg. Por cada 1000 K calorías	Menos de 100 mg. Por cada 1000 K calorías
Calcio ( mgs/día)	1200	1200
Hierro ( gr./ día)	12	15
Zinc ( gr./día)	15	12

Los requerimientos calóricos deben ser ajustados para cada caso individual de acuerdo al grado de maduración puberal y la actividad física.

### SALUD ORAL

- **Lava** tus dientes al menos 2 veces al día
- **Solicita** información a tu dentista acerca de las medidas a tomar en caso de traumatismo dental
- **Acude** a control dental cada 6 meses
- **Evita** el tabaco

### SEXUALIDAD

- **Identifica** un adulto en quien confíes para obtener información apropiada sobre sexualidad
- **Pregunta** al profesional de salud tus dudas e inquietudes acerca de: cambios corporales, enfermedades de transmisión sexual, desarrollo de tu sexualidad, etc.
- **Evita** tener relaciones sexuales.
- Si tienes relaciones sexuales, acércate a un profesional de salud para orientación en métodos de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

### PREVENCIÓN DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Evita fumar, tomar alcohol, usar drogas u otros medicamentos sin indicación médica.

- Si fumas, tomas alcohol o usas drogas, pide ayuda a un profesional de salud para dejarlo.
- **Evita** situaciones en que hay disponibilidad de alcohol o drogas.
- **Apoya** a tus amigos que han decidido dejar el tabaco, alcohol o drogas.

### PROMOCIÓN DE COMPETENCIA SOCIAL

- **Comparte** tiempo con tu familia en actividades que disfruten juntos.
- **Participa** en grupos comunitarios o escolares, actividades sociales, grupos deportivos u otros
- **Discute** con tu familia la decisión de los límites parentales y las consecuencias de su transgresión.
- **Aprende** a cuidar y respetar tus pares y familiares.
- **Discute** con tu familia y los profesionales de salud estrategias de manejar presiones de pares negativas.
- **Avanza** en el proceso de separación de tu familia.



### PROMOCIÓN DE RESPONSABILIDAD

- Respetar los derechos y necesidades de los demás.
- Actuar como modelo positivo.
- Obedecer las reglas familiares.
- Buscar nuevas responsabilidades en tu casa, con tus amigos y en tu comunidad.

### PROMOCIÓN DE ÉXITO ESCOLAR

- Sé responsable de tus tareas y asistencia.
- Participa en las actividades escolares.
- Si te sientes angustiado y con deseos de desertar, solicita ayuda a un adulto en quien confíes.
- Identifica tus intereses y habilidades para orientar tu futuro vocacional.
- Planifica tu futuro profesional y laboral.

### PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

- Conoce las organizaciones de tu comunidad.
- Participa en actividades religiosas, culturales, recreacionales, etc. de tu comunidad.
- Implementa y participa en campañas de tu comunidad orientadas a la promoción de salud y prevención de conductas de riesgo.

### RECOMENDACIONES A LOS PADRES

- Comprenda que el adolescente puede tener conductas desafiantes a la autoridad parental.
- Establezca y discuta reglas y límites familiares explícitos y claros, así como las consecuencias de su transgresión.
- Otorgue autonomía y responsabilidad creciente al adolescente.
- Discuta en conjunto con el adolescente los derechos y responsabilidades que puede tomar y decisiones que puede adoptar por sí mismo.
- Discuta con el adolescente acerca de su futuro laboral, vocacional, su plan de vida, etc.
- Demuestre interés en las actividades escolares del adolescente y enfatice la importancia del colegio.
- Estimule la autoestima del adolescente reforzando sus conductas y características positivas.
- Evite las críticas y la descalificación.
- Entregue tiempo al adolescente.
- Respete el derecho a la privacidad adolescente.
- Analice y discuta con un profesional de salud sus propios hábitos en salud: consumo de sustancias, tabaco, alimentación, sedentarismo, etc.

### FINALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

#### RESUMIR LOS HALLAZGOS DE LA VISITA

Se debe enfatizar las fortalezas tanto del adolescente como de los padres. Felicitar al adolescente por sus logros y sus esfuerzos. Reforzar a los padres en sus esfuerzos por apoyar y guiar al adolescente. Recordar al adolescente que usted está disponible para una próxima reunión para discusión confidencial o control de salud. Entregar sugerencias y/o material de lectura con el fin de promover conductas saludables.

### ASEGURAR CONTINUIDAD DE LOS CONTROLES

- Entregar al adolescente y su familia material educativo o de discusión para prepararlos para la próxima visita.
- Estimular al adolescente y su familia a pedir una próxima hora u otorgarle una nueva.
- Si es necesario, planificar una visita extra.
- Si es necesario referir al adolescente, otorgar una hora adecuada y asegurar que el acceso a la consulta sea adecuado.
- Establecer contacto con la escuela si es necesario para obtener apoyo o información de los profesores.
- Dar información al adolescente y la familia acerca de los recursos comunitarios existentes.
- Orientar al adolescente en relación a la transición a los servicios de salud del adulto, especialmente a adolescentes portadores de enfermedades crónicas.

### ORIENTACIÓN AL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA PARA EL PRÓXIMO CONTROL DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Hay que pedir al adolescente y a su familia, que prepare información que posiblemente requerramos en el próximo control y debemos decirle:

- En la próxima visita prepárate para entregar información respecto a los siguientes aspectos:
  - Nuevos episodios de enfermedades
  - Accidentes
  - Consultas médicas y/o atenciones de urgencia
  - Hospitalizaciones, operaciones
  - Inmunizaciones
  - Episodios de alergias
  - Hábitos de alimentación
  - Medicamentos o suplementos vitamínicos recibidos
  - Cuidado dental
  - Visión y audición
  - Enfermedades crónicas
  - Crecimiento y desarrollo
  - Menstruaciones
  - Actividad sexual
- Prepárate para entregar la siguiente información respecto a tu familia:
  - Situación de salud de cada miembro de la familia
  - Trastornos genéticos
  - Psicopatología familiar
  - Abuso familiar de sustancias
  - Situaciones de estrés familiar: nacimientos, muertes, matrimonios, divorcios, etc.
  - Medio ambiente familiar/vecindario
  - Exposiciones de riesgo: violencia, plomo, TBC, etc.
- Prepara y trae tus preguntas, inquietudes y comentarios acerca de:
  - Salud física y mental
  - Abuso de sustancias
  - Sexualidad
  - Interacciones familiares y con el grupo de pares
  - Problemas o situaciones escolares
  - Desafíos, logros
- Trae informes escolares y/o otros documentos emitidos por la escuela

## RECOMENDACIONES PARA LA ENTREGA DE SERVICIOS DE SALUD:

- 1 En lo posible los adolescentes de 10 a 17 años deben tener un control de salud anual.
- 2 Los controles de salud deben ser apropiados de acuerdo a edad, etapa de desarrollo y diferencias individuales y socioculturales.
- 3 El equipo de salud debe establecer normas relativas a la confidencialidad de la atención, las que deben ser conocidas por los adolescentes y sus padres.
- 4 Los padres deben recibir información al menos en una oportunidad durante la adolescencia inicial, media y tardía.
- 5 Todos los adolescentes deben recibir control de crecimiento y desarrollo y autocuidado en salud.
- 6 Todos los adolescentes deben recibir, educación en prevención de accidentes, en nutrición y hábitos de alimentación, beneficios de la actividad física regular, actividad sexual responsable, en prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas.

## RECOMENDACIONES DE SCREENING

La Presión Arterial debe ser evaluada anualmente en todos los adolescentes.

Los adolescentes en riesgo deben recibir screening de hiperlipemia.

Todos los adolescentes deben recibir evaluación anual de trastornos de alimentación y obesidad.

Todos los adolescentes deben ser interrogados anualmente acerca del consumo de tabaco.

Todos los adolescentes deben ser interrogados anualmente acerca del consumo de alcohol y drogas.

Todos los adolescentes deben ser evaluados anualmente en cuanto a su conducta sexual.

Todos los adolescentes sexualmente activos deben recibir evaluación acerca de enfermedades de transmisión sexual.

Los adolescentes en riesgo de infección por VIH deben recibir screening confidencial.

En todas las adolescentes sexualmente activas se debe descartar Cáncer Cérvico-Uterino con PAP.

Todos los adolescentes deben ser evaluados anualmente respecto a síntomas depresivos y riesgo de suicidio.

Todos los adolescentes deben ser evaluados anualmente respecto a abuso emocional, físico y sexual.

Todos los adolescentes deben ser evaluados anualmente respecto a problemas escolares.

## RECOMENDACIONES DE INMUNIZACIONES

Todos los adolescentes deben recibir inmunizaciones de acuerdo a normas.

### Frecuencia recomendada para los servicios preventivos

ACTIVIDADES	Etapas de la adolescencia	
	Temprana 10-14 años	Intermedia 15-17 años
Educación en salud	X	X
Educación a los padres	X	X
Crecimiento y desarrollo del adolescente	A	A
Prácticas de seguridad	A	A
Dieta y estado físico	A	A
Estilos de vida saludables (conducta sexual, consumo de tabaco, alcohol y drogas)	A	A
Detección selectiva		
Hipertensión (1)	A	A
Hiperlipemia (2)	AR-1	
Trastornos de la alimentación	A	A
Obesidad	A	A
Consumo de tabaco	A	A
Consumo de alcohol y drogas	A	A
Conducta sexual	A	A
Enfermedades de transmisión sexual (ETS)		
• Gonorrea	A*	A*
• Infección por Clamideas	A*	A*
• Ulceras genitales	A*	A*
• Sífilis	AR-2	AR-2
• Infección por VIH	AR-2	AR-2
Cáncer de cuello uterino	A*	A*
Depresión/ Riesgo de suicidio	A	A
Maltrato físico, afectivo o abuso sexual	A	A
Problemas de aprendizaje	A	A
Tuberculosis	AR-3	AR-3
Inmunizaciones (3)		
Sarampión, parotiditis y rubéola	AR-4	AR-4
Difteria y tétanos		AR-5
Hepatitis B	AR-6	AR-6

(\*) La detección debe realizarse si el adolescente es sexualmente activo

AR-1 Las pruebas deben realizarse si existen antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular antes de los 55 años o antecedentes en los padres de hipercolesterolemia. El médico puede optar por realizar las pruebas si se desconocen los antecedentes o si el adolescente tiene varios factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

AR-2 Deben realizarse las pruebas de sífilis y ofrecer la posibilidad de las pruebas de VIH a los adolescentes que tienen un riesgo elevado de infección, como el haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 6 meses, haber practicado relaciones sexuales a cambio de droga, ser varón y haber tenido relaciones homosexuales, haber consumido drogas endovenosas (VIH), haber padecido otras ETS, haber vivido en una zona endémica de infección y haber tenido una pareja sexual con riesgo de infección.

AR-3 La prueba debe realizarse a los adolescentes que han estado expuestos a TBC activa, han residido en un albergue para indigentes, han estado en la cárcel, han vivido en zonas endémicas de TBC o trabajan en un centro sanitario.

AR-4: Debe vacunarse a todos los adolescentes que sólo han recibido una dosis previa de vacuna trivalente sarampión – parotiditis – rubéola

AR-5: La vacunación debe hacerse 10 años después de la última dosis de recuerdo de tétanos

AR-6: La vacuna contra el virus de la hepatitis B debe administrarse a los adolescentes susceptibles con riesgo de infección.

## CAPITULO IV

### PRESTACIONES BASICAS DE SALUD INTERVENCIÓN EN EL USUARIO SANO

#### 1 INMUNIZACIONES

##### LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD

- Administración de vacunas y seguimiento.
- Conservación de la cadena de frío
- Vigilancia Epidemiológica activa
- Registro de la Información
- Educación e Información
- Monitoreo y Evaluación
- Trabajo Intersectorial (MINSA) y otros sectores

#### ESQUEMA DE VACUNACIÓN 2001

##### NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

EDAD	VACUNAS		EN ZONAS ENDEMICAS	EN ZONAS DE EXTREMA POBREZA
Nacimiento	BCG	VOP - 0	HVB	
2Meses	DPT- 1	VOP- 1	Combinada(DPT-HVB-Hib)	Combinada(DPT-HVB-Hib)
3Meses	DPT- 2	VOP- 2	HIB- DPT	Combinada(DPT-HVB-Hib)
4Meses	DPT -3	VOP- 3	Combinada (DPT-HVB-Hib)	Combinada(DPT-HVB-Hib)
9Meses	ANTIAMARILICA			
12 Meses	ANTISARAMPIONOSA			

##### MUJER EN EDAD FERTIL

Nº DE DOSIS	INTERVALO ENTRE DOSIS	VACUNA
Primera	A partir de los quince años o primer contacto de Salud	DT (a) – 1
Segunda	Al mes de la primera Dosis	DT(a) – 2
Tercera	A seis meses de la segunda Dosis	DT(a) – 3
Cuarta	Al año de la tercera Dosis	DT(a) – 4
Quinta	Al año de la cuarta Dosis	DT(a) – 5

Nota: Este esquema estará sujeto a cualquier cambio que realice el ente Rector o nuestra Institución.

#### DEL ABASTECIMIENTO

El abastecimiento de los biológicos será proporcionado por el Ministerio de Salud. El personal que realice el recojo de las vacunas deberá constatar que se encuentren en óptimas condiciones.

#### DEL TRASLADO DE LOS BIOLÓGICOS

El traslado de los biológicos del centro de acopio a los centros asistenciales se deberá realizar en Termos apropiados, con 4 refrigerantes a temperatura adecuada (2+- 8°C termómetro)

## OPERACIONES INDISPENSABLES

### EN FORMA DIARIA

- Verificar y anotar la temperatura.
- Comprobar el sellado de la puerta de la refrigeradora.

### UNA VEZ POR SEMANA

- Verificar que las reservas de vacuna estén en sus respectivas bandejas, clasificadas por grupos y ubicadas en los estantes centrales.

### NO SE DEBE PERMITIR

- Colocar vacunas en el compartimento de la nevera.
- Colocar vacunas en la puerta de la refrigeradora.
- Colocar vacunas en la parte inferior de la refrigeradora (solo para botellas).
- Formación de escarcha.
- Almacenar bebidas gaseosas y/o alimentos.
- Almacenar otros medicamentos, muestras de sangre, muestras de laboratorio y todo lo que no se relacione específicamente con vacunas.
- Amontonar las vacunas.
- Colocar las vacunas en bolsas o paquetes.

### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA

Para cumplir con la vigilancia epidemiológica activa, deberá realizar las siguientes actividades:

- Recolección sistemática de datos de las enfermedades inmunoprevenibles por inmunizaciones
- Consolidación, análisis e interpretación de los respectivos datos.
- Investigación de los indicados datos.
- Toma de decisiones e implementación de las medidas y recomendaciones.

Es responsabilidad del personal de salud en general conocer las Enfermedades de Vigilancia Epidemiológica de interés institucional especialmente las Enfermedades Inmunoprevenibles y ser reportadas oportunamente a la instancia correspondiente.

### TRABAJO INTERSECTORIAL

Este trabajo debe ser a todo nivel permanente, sostenido principalmente por los siguientes aspectos

- MINSA es quien abastece de biológicos, jeringas. Es el ente rector, da las principales estrategias de intervención y tenemos el mismo objetivo.
- Se deben trabajar los mismos mensajes educativos y de información. El trabajo con otros sectores de la localidad es importante para potenciar los recursos.

## DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACIÓN

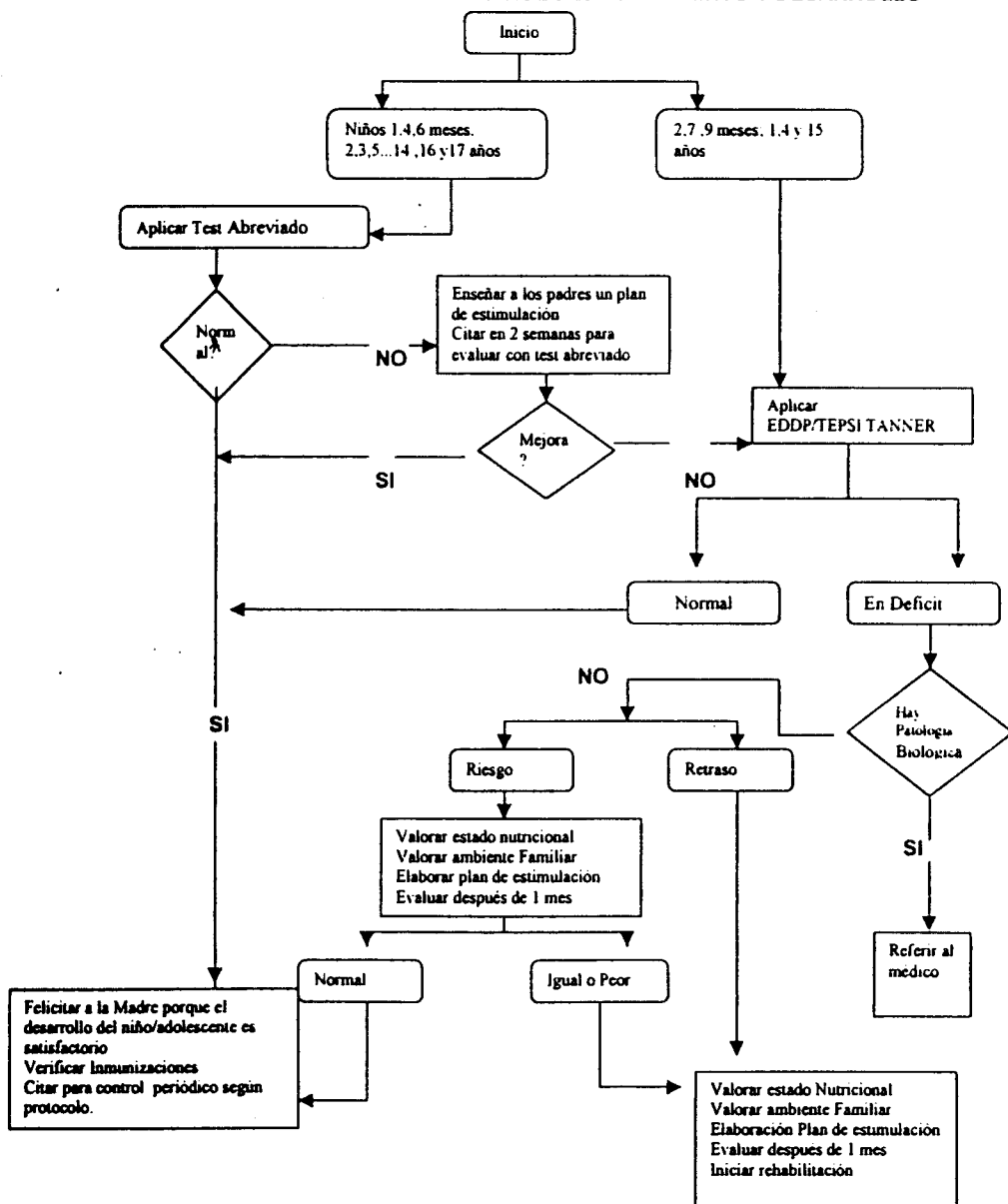
Vacuna	Dosis	Vías de Administración	Reacciones Adversas
BCG	0.1ml	Intradérmica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción Local: Vesícula, Pústula, Costra, Dolor Local. Se presenta después de 4 semanas y queda una cicatriz permanente que permite su posterior identificación.</li> <li>• Adenitis Regional: Inflamatoria simple, latente o Supurada.</li> </ul> Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomáticos</li> <li>• No tocar lesiones</li> </ul>
POLIO	2 gotas	Oral	Ninguna
DPT	0.5ml	Intramuscular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede haber fiebre, malestar o dolor local, dentro de las 24- 48 horas después de aplicada la dosis.</li> </ul> Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomáticos</li> </ul>
SARAMPION	0.5 ml	Subcutánea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede presentar reacción luego de 8 a 12 días de aplicación, con fiebre, malestar, dolor en la zona de la aplicación, diarrea, erupción dérmica leve en todo el cuerpo</li> </ul> Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomáticos</li> </ul>

### RECOMENDACIONES DE O.M.S. PARA INMUNIZACIONES

- Las vacunaciones deben ser diferidas solo en caso de enfermedad febril grave para no confundir una manifestación de la enfermedad con una reacción de la vacuna.
- La malnutrición, la fiebre, las infecciones respiratorias, las diarreas o las enfermedades sin gravedad no impiden la vacunación.
- Los niños internados pueden recibir las vacunas requeridas antes de su salida y en ciertos casos antes de admisión, sobre todo si hay riesgo de sarampión nosocomial.
- Si hay reacciones severas a la DPT (colapso, shock, temperatura mayor a 40.5 °C, convulsiones u otros síntomas neurológicos), no proseguir con la vacunación con DPT pero aplicar DT en las siguientes oportunidades.
- La diarrea no es contraindicación para la vacunación con vacuna antipolio. Se recomienda repetir la dosis una vez terminada la diarrea.
- No aplicar vacunas vivas (BCG, Polio, Sarampión) a personas afectadas de un déficit inmunitario (Por ejemplo SIDA) o sometidas a un tratamiento inmunodepresor: Corticoterapia, radioterapia, antimetabolitos, etc.

## 2.- CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

### EVALUACIÓN Y CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO



## ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD

- Uso del carné de CRED, gráficos P/T, y tablas de BPN
- Evaluación antropométrica, clasificación y registro en el carnet de control de crecimiento
- Examen físico completo
- Control del desarrollo, empleando Test según corresponda
- Atención y Consejería en Inmunizaciones, IRA, EDA, alimentación, nutrición, lactancia materna, estimulación, rehabilitación, prevención de accidentes, prevención en inadecuados estilos de vida
- Evaluación del consumo de alimentos
- Evaluación de ganancia de peso (Tabla de ganancia de peso)
- Derivación precoz de niños/adolescentes con enfermedades prevalentes.

RIESGO	EDAD	Medio a Usar
Normal o de Bajo Riesgo <1año	RN 1 mes 2 meses 4 meses 6 meses 7/9 meses	EFN + Evaluación Desarrollo + PAI C.CRED TA C.CRED EDDP+PAI C.CRED+PAI C.CRED TA C.CRED+PAI
Normal de bajo riesgo Años	1años 1.6 meses 2años 2.6 meses 3años 3.6 meses 4años 4.6 meses 5años 6años 7años 8años 9años 10-17 años	C.CRED + PAI C.CRED EDDP C.CRED TA C.CRED TA C.CRED TA C.CRED TA C.CRED TA C.CRED TA C.CRED TA C.CRED TA C.CRED TA C.CRED TA C.CRED TA Evaluación Integral
Mediano Riesgo < 2,500 grs, cesáreas, patológicas, macrosómicos, trastornos metabólicos, infecciones prenatales, RN hijo de madre adolescente, Parto domiciliario, desnutridos leves, moderados y crónicos	6 consultas al año como mínimo	CRED + EDDP TEPSI Estimulación Consulta déficit del desarrollo Control por especialista Visita Domiciliaria CONAI
Alto Riesgo: Asfixiados severos, meningoencefalitis, ictericia severa, prematuros, RN MBP(1500 grs), malformaciones congénitas, cromosopatías, o enfermedades crónicas, desnutridos agudos, diarreas persistentes, Déficit motor, Parálisis cerebral.	6 consultas al año como mínimo	C.CRED+EDDP TEPSI Consulta Déficit del desarrollo Consulta de Rehabilitación Consulta Neurología Consulta Oftalmología Visita Domiciliaria CONAI

## CONTROL DE ENFERMERÍA

- Obtención de datos necesarios, tanto personales como familiares, generales y de riesgo
- Valorar Crecimiento:  
Examen físico: Piel y anexos, cabeza, cabellos, cara, cuello, tórax, abdomen, ano, columna vertebral, extremidades, genitourinario, sistema nervioso central.  
Verifica y controla el peso, talla y perímetro cefálico en el carné de CRED.  
Valora el estado nutricional del niño según indicadores P/T y P/E.
- Verificar salud bucal.  
Prevención de caries.
- Examen sensorial.  
Evaluación de la audición EDDP.  
Recuerde que las alteraciones o retrasos del lenguaje requieren de una atención especializada.
- Evaluación de la Visión.- Se recomienda tres pruebas.  
Reflejo corneal, detectada : DESALINEAMIENTOS 7 días a 5 años  
Cover-Uncover, detecta : ESTRABISMO, 6 meses a 5 años  
Snellen, mide : AGUDEZA VISUAL, 3 + años
- Valora el desarrollo Psicomotor : Normas de evaluación, estimulación y rehabilitación del desarrollo Psicomotor a través de la aplicación de los test : TA, EEDP, TEPSI, CONAI.
- Valoración del desarrollo sexual Test de TANNER. El cual también podrá ser llevado a cabo por el personal Médico y de Obstetricia.
- Revisar el estado vacunal
- Refiere a los niños/adolescentes con déficit o con patología biológica al especialista
- Educa y/o entrena a los niños/adolescentes y /o responsables del cuidado de los niños/adolescentes, en el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades, etc.
- Llena historia clínica el diagnóstico de enfermería, así como los riesgos, el plan de atención según manual.
- Llena el carnet e indica próxima cita

LA EVALUACIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS SE REALIZARA SEGÚN CRITERIOS UTILIZADOS ACTUALMENTE

## EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS ADOLESCENTES ENTRE 5 Y 17 AÑOS

ACTIVIDAD	EVALUACIÓN 5-9 AÑOS	EVALUACIÓN 10-17 AÑOS
Evaluación del Crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antropometría: Peso y Talla</li> <li>• Examen Físico: Regional</li> <li>• Valoración Nutricional</li> <li>• Agudeza Visual:</li> <li>• Evaluación Dental.</li> <li>• Evaluación de los riesgos: priorizados psicológicos, sociales, nutricionales en estilos de vida etc.</li> <li>• Detección de problemas de salud prevalentes como IRA, EDA, parasitosis, Asma y los propios de la región</li> <li>• Maltrato infantil: Detectar signos y síntomas de maltrato tanto físico como psicológico</li> <li>• Valoración del estado vacunal de acuerdo a cronograma y zona de riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antropometría: Peso y Talla</li> <li>• Examen Físico : Regional valoración de los caracteres sexuales secundarios (Test de Tanner)</li> <li>• Valoración Nutricional</li> <li>• Agudeza Visual :</li> <li>• Evaluación Dental</li> <li>• Evaluación de los riesgos psicológicos, sociales, en estilos de vida, etc.</li> <li>• Detección de problemas de salud prevalentes como IRA, EDA, Parasitosis, Asma, Acné etc.</li> <li>• Maltrato : Detectar signos y síntomas de maltrato tanto físico como psicológico.</li> <li>• Valoración del estado vacunal de acuerdo a cronograma y zona de riesgo.</li> </ul>
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN 5-9 AÑOS	EVALUACIÓN 10-17 AÑOS
Evaluación del Desarrollo y Conductas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar test de evaluación del desarrollo (anexo 1)</li> <li>• Investigar sobre las relaciones Interpersonales, familia, escuela y la comunidad.</li> <li>• Desarrollo Intelectual a través del grado de rendimiento</li> <li>• Educación para la Salud: Saneamiento ambiental, prevención de riesgos daños priorizados, seguridad y prevención de accidentes. Enseñarles reglas de tránsito, peligro de manipular fuego, etc.</li> <li>• Llenar Historia clínica, parte diario, libro de registro.</li> <li>• Referir en caso de ser necesario al profesional correspondiente.</li> <li>• Fijar próxima cita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar test de evaluación del desarrollo.</li> <li>• Investigar sobre las relaciones interpersonales, familia, escuela y la comunidad</li> <li>• Detectar problemas de autoestima</li> <li>• Orientación y consejería sobre valores morales y éticos.</li> <li>• Prevención de drogas, tabaquismo, alcoholismo.</li> <li>• Orientación y consejería en educación sexual</li> <li>• Reforzar las relaciones interpersonales entre padres e hijos, como medida de prevención y otras formas de conducta inadecuadas.</li> <li>• Desarrollo Intelectual, a través del rendimiento escolar</li> <li>• Educación en salud: saneamiento ambiental / uso del agua potable y adecuada para el consumo humano, almacenamiento y desecho de la basura. Prevención de riesgos y daños priorizados, seguridad y prevención de Accidentes. Enseñarles las reglas de tránsito.</li> <li>• Enseñarles los peligros de manipular el fuego</li> <li>• Llenar historia clínica, y parte diario de atención, libro de registro</li> <li>• Referir en caso de ser necesario al profesional correspondiente.</li> <li>• Fijar próxima cita</li> </ul>

## ATENCIÓN MÉDICA

- Obtención de datos necesarios, tanto personales como familiares, generales y de riesgo
- Valorar Crecimiento:  
Examen físico: Piel y anexos, cabeza, cabellos, cara, cuello, ano, tórax, abdomen, columna vertebral  
Extremidades, genitourinario, sistema nervioso central y antropometría.  
Verifica y controla el peso, talla y perímetro cefálico en el carné de CRED.  
Valora el estado nutricional del niño según indicadores P/T, P/E y T/E
- Verificar salud bucal  
Prevención de caries
- Examen sensorial  
Evaluación de la audición.  
Recuerde las alteraciones o retrasos del lenguaje requieren de una atención especializada.
- Evaluación de la Visión.- Se recomienda tres pruebas:  
Reflejo corneal, detectada : DESALINEAMIENTOS 7 días a 5 años  
Cover-Uncover, detecta : ESTRABISMO, 6 meses a 5 años
- Ordena y valora los exámenes especiales de RX, laboratorio: Hemograma, Hematocrito, Heces, Orina, etc.
- Refiere a los niños/adolescentes al médico especialista y/o refiere al nivel de salud correspondiente.
- Indica medicamento si es necesario.
- Educa y/o entrena a los niños/adolescentes y/o responsables del cuidado de los niños/adolescentes, en el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades, etc.
- Llena Historia clínica, el diagnóstico médico, así como los riesgos y/o daños encontrados el plan de atención según manual de atención.
- Llena el carnet e indica próxima cita.

## INTERCONSULTA Y REFERENCIA

- Interconsulta: Se efectúa, luego de la evaluación tomando como base el criterio de riesgo y/o daño
- Referencia: Cuando no se cuenta con el recurso profesional necesario en el establecimiento de salud.
- Todo niño/adolescente referido de un nivel a otro será atendido prioritariamente.
- Toda interconsulta y/o referencia deberá constar en el carné de CRED, en la historia clínica y el libro de control y seguimiento para el caso del niño menor de 5 años (el ítem 10, 11) en el caso del niño adolescente de 5 a 17 años (Ítems 9 y 10)
- Todo niño que sea derivado por los riesgos nutricionales, psicológicos, sociales y en estilos de vida deben ser contrarreferidos a su lugar de origen recuperados del riesgo y/o daño.

## PAUTAS DE VALORACIÓN DEL DESARROLLO EN LOS NIÑOS DE 05 A 09 AÑOS

NOMBRE: .....		EDAD: .....		SEXO: M F	
Edades de Evaluación	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años
Fecha de Evaluación					
Examinador					

5 AÑOS	SI	NO	EM
1 (M) Salta cuerda con los pies juntos			
2 (C) Agrupa objetos por color, forma y tamaño			
3 (C) Hace torres de 10 cubos			
4 (A) Expresa sus opiniones, organiza juegos			
5 (A) Copia un cuadrado			
6 (A) Conoce su nombre, dirección de residencia y número de telefónico.			
Normal ( ) Riesgo ( )			

6 AÑOS	SI	NO	EM
7 (M) Salta alternando los pies			
8 (M) Abre y cierra las manos alternadamente			
9 (C) Moldea la figura humana en plastilina.			
10 (C) Recorta la figura de un animal o persona sin desviarse mas de 1/2 cms.			
11 (C) Cuenta de 10 hacia atrás.			
12 (A) Sabe que lugar ocupa en su familia.			
13 (A) Sabe si es mañana o tarde.			
14 (A) Escucha y responde preguntas.			
15 (A) Se relaciona con compañeros y adultos			
16 (A) Habla sobre si mismo			
Normal ( ) Riesgo ( )			

7 AÑOS	SI	NO	EM
17 (M) Atrapa una pelota a 2 mts de distancia			
18 (M) Corre con movimientos coordinados, sin caerse			
19 (M) Marcha sin perder el ritmo			
20 (C) Cuenta de 2 en 2 y de 5 en 5			
21 (C) Lee un cuento y quien escucha le entiende			
22 (C) Cuenta en 5 minutos el contenido de un programa televisivo.			
23 (A) Dibuja un hombre o mujer, por lo menos 16 detalles			
24 (A) Realiza tareas asignadas			
25 (A) Suma y resta números de una sola cifra.			
26 (A) Hace amigos.			
Normal ( ) Riesgo ( )			

8 AÑOS	SI	NO	EM
27 (M) Abre la puerta usando la llave			
28 (M) Ensarta hilo y clava			
29 (M) Guiña el ojo			
30 (C) Lee párrafos cortos			
31 (C) Define palabras sin referirse solo a su uso.			
32 (C) Dice tres palabras que rimen			
33 (A) Está aprendiendo la operación de "pedir prestado y de llevar" en la suma y en la resta.			
34 (A) Responde adecuadamente a situaciones planteadas.			
35 (A) Muestra interés en actividades propias de Niño y Niña.			
Normal ( ) Riesgo ( )			

# AÑOS	SI	NO	EM
36 (M) Se eleva y se mantiene sobre la punta de los pies durante un minuto			
37 (M) Lanza la pelota y da en un blanco a 1.50 mt de distancia.			
38 (M) Monta bicicleta si caerse.			
39 (C) Comprende lecturas.			
40 (C) Lee párrafos extensos			
41 (C) Forma una frase con tres palabras.			
42 (A) Tiene buen sentido del humor.			
43 (A) Conoce el día el mes y el año.			
44 (A) Se autoevalúa			
45 (A) Gasta dinero adecuadamente.			
46 (A) Participa en actividades escolares.			
Normal ( )      Riesgo ( )			

## CRECIMIENTO Y DESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA

10-14 AÑOS	15-17 AÑOS
<b>CRECIMIENTO</b> Crecimiento rápido acelerado Alcanza el máximo de velocidad. Aparecen las características sexuales secundarias	<b>CRECIMIENTO</b> Disminuye la aceleración del crecimiento en las niñas. La estatura alcanza el 95% de la adulta. Las características sexuales secundarias están bastante avanzadas.
<b>DESARROLLO COGNITIVO</b> Explora su capacidad recién adquirida de pensamiento abstracto limitado Tantea con torpeza en busca de nuevos valores y energías. Compara lo normal con los compañeros de su mismo sexo	<b>DESARROLLO COGNITIVO</b> Desarrollo de la capacidad del pensamiento abstracto. Disfruta de las capacidades intelectuales, a menudo en términos idealistas. Se preocupa por problemas filosóficos, políticos sociales.
<b>IDENTIDAD</b> Preocupado por los rápidos cambios corporales. Ensayo diversos roles Mide su atractivo en función de la aceptación o rechazo de sus compañeros Conformidad con las normas del grupo	<b>IDENTIDAD</b> Modifica su imagen corporal Muy autocentrado: aumento del narcisismo. Tendencia a la introspección y al descubrimiento de uno mismo. Tiene una nca vida de fantasía. Idealista. Capaz de percibir las implicaciones futuras de su conducta y decisiones actuales aplicacion variable.
<b>RELACION CON LOS PADRES</b> Definición de los límites de independencia – dependencia. Fuerte conflicto entre el deseo de permanecer dependiente de los padres y de separarse Ausencia de conflicto importantes con relación al control paterno	<b>RELACION CON LOS PADRES</b> Conflictos importantes entre el deseo de independencia y el control. Punto bajo en la relación paterno filial. Empuje grande hacia la emancipación; ausencia del de compromiso. Separación emocional final e irreversible de los padres
<b>RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS</b> Buscan afiliaciones con amigos para hacer frente a la inestabilidad generada por los rápidos cambios. Punto álgido de las amistades íntimas idealizadas con personas del mismo sexo Lucha por el poder en el grupo de amigos.	<b>RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS</b> Fuerte necesidad de identidad para afirmar la propia imagen. Modelos de conducta establecidos por el grupo de amigos. Importancia de ser aceptado por los amigos: miedo al rechazo. Exploración de la capacidad de atraer al sexo opuesto.
<b>SEXUALIDAD</b> Autoexploración y evaluación. Salidas limitadas, normalmente en grupo. Intimidad limitada	<b>SEXUALIDAD</b> Relaciones múltiples plurales Giro decisivo hacia la heterosexualidad (si es homosexual sabe en este momento) Exploración del atractivo sexual. Sentimiento de estar enamorado. Tentativa de establecimiento de relaciones.
<b>SALUD PSICOLÓGICA</b> Cambios de humor amplios Ensoñaciones frecuentes Furia expresada externamente con enfados, explosiones de colera e insultos verbales y gritos.	<b>SALUD PSICOLÓGICA</b> Tendencia a la introspección Tendencia al ensimismamiento cuando está enfadado o han herido sus sentimientos Duración y tipo de emociones variables y oscilantes Sentimientos comunes de incapacidad; dificultad para pedir ayuda.



(7 casos) en el grado IV y ninguna en el grado V. Por lo tanto, en nuestro medio, la gran mayoría de adolescentes presenta su menarquía en la transición del estadio o grado III al estadio o grado IV. Dada la gran variación fisiológica en la edad de inicio de la pubertad femenina y en la de la menarquía, desde el punto de vista clínico, lo importante es tener en cuenta la relación entre menarquía y estadio mamario, más que su relación con la edad cronológica. Recientemente se han descrito casos de "menarquía prematura" en niñas prepuberales, que menstrúan por un tiempo sin haber desarrollado caracteres sexuales secundarios y que posteriormente, presentan pubertad normal a edades también normales.

#### MADURACIÓN SEXUAL MASCULINA.

En los varones de nuestro medio, la pubertad se inicia a los 12.2 años con variaciones extremas que van desde los 9.7 años, considerándose como "precoces" o "tardíos" a quienes inicien su pubertad por fuera de tales límites. El vello pubiano aparece pocos meses más tarde, a los 12.4 años con variaciones de 10.0 años a los 14.8 años. De ahí en adelante, éste progresa a la zaga de los respectivos estadios genitales. En la mayoría de los jóvenes el desarrollo genital se completa a los 17.6 años, tomando 5.4 años el alcanzar la madurez final. El vello púbico en los varones alcanza su último estadio a los 17.7 años, poco más de 5 años después del inicio de su desarrollo. El tamaño del pene varía entre las personas, como sucede con otras partes de la anatomía y la medición de su volumen "real" debe ser hecha con el pene erecto, dado que en el estado flácido el volumen peniano se encuentra reducido en un grado muy variable según características personales y según las circunstancias. No se cuenta con patrones para el tamaño del pene en cada estadio del desarrollo genital. debe recordarse que sus dimensiones definitivas se alcanzan en el estadio V.

#### VARIACIONES INDIVIDUALES EN LA MADURACIÓN SEXUAL

Debido al amplio rango de variación normal en el inicio de la pubertad, sucede que a una determinada edad, se pueden encontrar muy diferentes estadios del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Así por ejemplo, a los 14 años los jóvenes pueden estar en el estadio II del Desarrollo Genital, si recién iniciaron la pubertad a esa edad; otros, de la misma edad, pueden estar ya en el Desarrollo Genital V, si comenzaron a los 9.5 años. Asimismo, a los 12.5 años algunas mujeres pueden estar aún prepuberales; otras en el estadio del desarrollo mamario II - III todavía pre - menárquicas; y otras, en grado V menstruando desde hace 2.5 años, si iniciaron su pubertad a los 8 años.

#### EYACULACIÓN Y ESPERMARQUÍA

La mayoría de varones muestra capacidad eyaculatoria entre uno a dos años después del estadio del desarrollo genital II. Este es un hecho dramático que marca la gran diferencia entre el orgasmo del niño y el del adolescente, y que puede impresionarlo y sorprenderlo si no había sido instruido al respecto. Según el estudio de Kinsey, las primeras experiencias eyaculatorias se presentaron alrededor de los 14 años y cuando el desarrollo genital estaba entre los estadios III y IV; las dos terceras partes de los encuestados indicaron haber experimentado su primera eyaculación a través de la masturbación y que recién después de un año, aproximadamente, se presentaron emisiones nocturnas.

Se define a la espermarquia como la primera emisión de espermatozoides y para el varón, es equivalente a la menarquía, aunque a diferencia de ésta, la espermarquia es una expresión más auténtica de maduración sexual por cuanto revela el inicio de la gametogénesis masculina, mientras que la mayoría de las primeras menstruaciones y las que le siguen durante uno o dos años, son anovulatorias.

El recurrir a la masturbación para determinar la espermarquia se considera ética y metodológicamente inapropiado, por lo que en la actualidad, se recomienda el estudio diario de muestras de la primera orina de la mañana durante 5 a 10 días consecutivos, para establecer la presencia de espermatozoides. Con este método se estima que la edad media de espermarquia en adolescentes caucásicos varía entre los 13 y los 14.5 años y se da entre los estadios del desarrollo genital III y IV.

#### LEUCORREA FISIOLÓGICA.

Muchas adolescentes presentan descenso vaginal que puede iniciarse desde el estadio mamario II o más adelante, cual consistencia varía de lo mucoso al semilíquido de color blanquecino o ligeramente amarillento, inodoro, no irritante y puede ser intermitente o permanente. Aumenta para la época menárquica y suele persistir por años. El aspecto de la mucosa vaginal es normal y el examen microscópico de la secreción sólo revela moco y células epiteliales. La leucorrea fisiológica es ocasionada por estimulación estrogénica.

#### GLÁNDULAS SEBÁCEAS Y SUDORÍPARAS ENDOCRINAS.

Las glándulas sebáceas se encuentran distribuidas en toda la superficie corporal, con excepción de las palmas de las manos y de las plantas y dorso de los pies, siendo más numerosas en la cara y partes altas del tórax. Sus ductos excretores se abren en los folículos pilosebáceos que a diferencia de los otros folículos pilosos productores de vello y pelo terminal, contiene un vello muy delgado y poco pigmentado, apenas visible. La glándula sebácea es muy sensible al estímulo androgénico y durante el periodo neonatal están activadas por los andrógenos maternos llegando a producir el denominado "acné neonatal". Posteriormente, durante la niñez, su actividad entra en una fase de latencia con producción mínima e imperceptible de sebo. A partir del periodo prepuberal durante la adrenarquia, el incremento de andrógenos suprarrenales inicia la reactivación de la glándula sebácea que se hace más intensa al comenzar la pubertad por el incremento aún mayor de la producción androgénica. De esta manera, desde el inicio de la pubertad hay lípidos, ésteres de colesterol y por dermis celulares. La cara de los adolescentes se hace entonces, más oleosa y brillante desde el comienzo de la maduración sexual y, en muchos, se desarrollan los comedones que son la lesión básica del Acné Vulgar Juvenil. Estos hechos son fisiológicos y se producen en todos los jóvenes, sea que sufran o no más tarde de acné. Durante la pubertad la piel se constituye en uno de los lugares de mayor conversión metabólica de testosterona en dihidrotestosterona, que es la que produce el estímulo de la actividad glandular sebácea. De esta manera se establece un incremento fisiológico del denominado ritmo excretorio sebáceo, el mismo que es mayor en los adolescentes que sufren de acné que en los que no lo padecen. Asimismo, se ha demostrado una conversión más activa de testosterona en dihidrotestosterona en los jóvenes con acné, que en los que no lo tienen.

Por su parte, las glándulas sudoríparas endocrinas están localizadas en la axila, areola y regiones penumbilical, perianal y genital. Al igual que las glándulas sebáceas, su actividad responde al estímulo androgénico, por lo que permanecen quiescentes durante la infancia y la niñez activándose recién en la pubertad cuando se incrementa su secreción, la que desarrolla un olor característico por la descomposición bacteriana concomitante, que no se percibe en los niños.

#### CAMBIOS DE LA VOZ

En la mayoría de adolescentes de sexo masculino los primeros cambios en la tonalidad de la voz se suscitan en la etapa intermedia de la pubertad, esto es, entre los estadios del desarrollo genital III y IV. Al comienzo la voz suele ser bitonal y luego se engruesa paulatinamente haciéndose notoriamente más grave al final del desarrollo sexual.

La mayor o menor gravedad de la voz así como su resonancia, varían mucho de un adolescente a otro, dependiendo de las características personales en la conformación laríngea y que tiende a ser hereditaria. Estos cambios se deben a la influencia androgénica, en especial de la testosterona, la cual estimula el crecimiento laríngeo por multiplicación celular de los cartílagos cricoideo y tiroideo, y probablemente por desarrollo y elongación de las cuerdas vocales. Los músculos laríngeos incrementa su tamaño y su potencia paralelamente con el crecimiento general de la laringe.

## ESTADIOS DEL DESARROLLO DEL VELLO AXILAR: (E.FREYRE).

**Estadio 1 (VA1):** Ausencia total de vello axilar.

**Estadio 2 (VA2):** Escasos vellos delgados aislados en la parte central del hueco axilar, de una o de ambas axilas.

**Estadio 3 (VA3):** Vello más poblado y grueso que ocupa toda la parte central del hueco axilar, pero sin extenderse hacia sus paredes braquial ni torácica.

**Estadio 4 (VA4):** Vello tipo adulto en cantidad y calidad, que ocupa la totalidad del hueco axilar, incluyendo sus paredes braquial y torácica.

### Desarrollo del Vello Facial y del Resto del Vello Corporal

En los varones, el desarrollo del vello facial (VF) generalmente se inicia cuando parece el vello axilar, esto es, muy poco o después del desarrollo genital II. Aunque no se han establecido verdaderos estadios para el avance del desarrollo del vello Facial, se sabe que sigue la siguiente secuencia: primero crece en los extremos del labio superior; luego se extiende a lo largo de todo el labio superior (bigote) posteriormente crece en la parte alta de las mejillas (región pre-auricular) y, simultáneamente en el centro de la región mentonera debajo del labio inferior, finalmente, el VF se extiende a todo lo largo de las mejillas del mentón (barba). El desarrollo del VF se completa simultáneamente con, o después de los estadios del desarrollo genital de grado V y el desarrollo del vello pubiano grado V.

## GINECOMASTIA FISIOLÓGICA

Se denomina ginecomastia al crecimiento del tejido mamario del varón. Fundamentalmente, sólo en dos épocas de la vida la ginecomastia es un proceso fisiológico: en el período neonatal y en la pubertad. En el recién nacido, el crecimiento mamario obedece al estímulo producido por estrógenos maternos y puede acompañarse de secreción lechosa; la involución es espontánea y se completa en pocas semanas. Por su parte, los adolescentes suelen desarrollar ginecomastia transitoria debido a la proliferación ductal, con formación lobular y cambios fibróticos en el estroma de la glándula mamaria masculina, conocida como: "Ginecomastia adolescencial benigna", "Hiperfia Mamaria Adolescencial", o "Ginecomastia Fisiológica del Adolescente", siendo esta última denominación la de nuestra preferencia. Aunque su fisiopatología y mecanismos productores no han sido establecidos con exactitud, el concepto vigente es que en la ginecomastia fisiológica del adolescente intervienen uno o más de los siguientes factores:

- una reducción transitoria y fisiológica de la relación andrógenos/estrógenos más pronunciada en algunos jóvenes;
- un incremento de estrógenos biológicamente activos en algunos varones;
- una hipersensibilidad del tejido mamario de algunos adolescentes a sus estrógenos, cuantitativa y cualitativamente normales.

### CRECIMIENTO CORPORAL

Como se sabe, después del nacimiento la velocidad de crecimiento disminuye paulatinamente durante la infancia y la niñez. En la etapa prepuberal el crecimiento alcanza su ritmo más lento, entre 4 y 5 cm por año, para luego incrementarse cuando se inicia la pubertad. Entonces el ser humano, por primera y única vez en su vida extrauterina, crece más que en los años precedentes y, de esta manera, la curva de velocidad de crecimiento se hace positiva durante unos años. Esta fase de crecimiento acelerado, denominado "el estirón de la pubertad", se inicia en nuestro medio, a los 10 ó 10.5 años en las mujeres y entre los 12 y 12.5 años en los varones, continuando luego progresivamente hasta alcanzar la máxima velocidad de crecimiento estatural (MVCE) alrededor de los 12 años en las chicas y de los 14 años en los jóvenes. Durante el período de MVCE las mujeres crecen, en promedio, 8 cm por año y los varones 9 cm por año, con las variaciones individuales respectivas. Posteriormente, el crecimiento disminuye y cesa entre los 17 y 18 años en las mujeres y entre los 19 y 20 años en los varones.

## PROCESO DE ATENCIÓN EN EL NIÑO/ADOLESCENTE MALTRATADO

Todo profesional que esté en contacto con niños/adolescentes debe detectar signos de maltrato

### Manifestaciones Clínicas de Posible Maltrato

#### Abandono Físico:

##### Hallazgos significativos

- Fracaso del desarrollo
- Signos de malnutrición: Extremidades delgadas, distensión abdominal, ausencia de grasa subcutánea
- Higiene personal pobre especialmente en los dientes.
- Vestimenta sucia e inapropiada.
- Evidencia de deficiente cuidado de la salud como: de vacunaciones, infecciones no tratadas, resfriado frecuente.
- Lesiones frecuentes por falta de supervisión.

##### Conducta Significativa:

- Aburrido e inactivo; excesivamente pasivo o somnoliento.
- Conductas autoestimulantes (Chuparse el dedo o balancearse)
- Ausentismos escolar.
- Adicción al tabaco, alcohol y drogas.
- Pandillaje.

#### Maltrato y Abandono Psicológico:

##### Hallazgos significativos

- Fracaso en el desarrollo.
- Trastornos de la alimentación
- Enuresis.
- Trastornos del sueño.

##### Conducta Significativa:

- Conductas autoestimulantes (Chuparse el dedo o balancearse, morder)
- Angustia entre extraños
- Miedo inusual.
- Conducta antisocial, destructiva, crueldad
- Conductas extremas como: sumisión y pasividad o agresividad y exigencia
- Retraso en el desarrollo emocional e intelectual sobretodo en el lenguaje.
- Intentos de suicidio.

#### Maltrato Físico

##### Hallazgos significativos

- Moretones y marcas en la cara, labios, boca, espalda, nalgas, muslos, dorso.
- Huellas regulares descriptivos del objeto utilizado, como hebillas de un cinturón, la mano alambre, cadena, etc.
- Quemaduras.
- Fracturas y dislocaciones.
- Síntomas inusuales como hinchazón abdominal, dolor y vómito por puñetazos.
- Marcas de mordeduras.
- Intoxicaciones repetidas inexplicables

### Conducta Significativa:

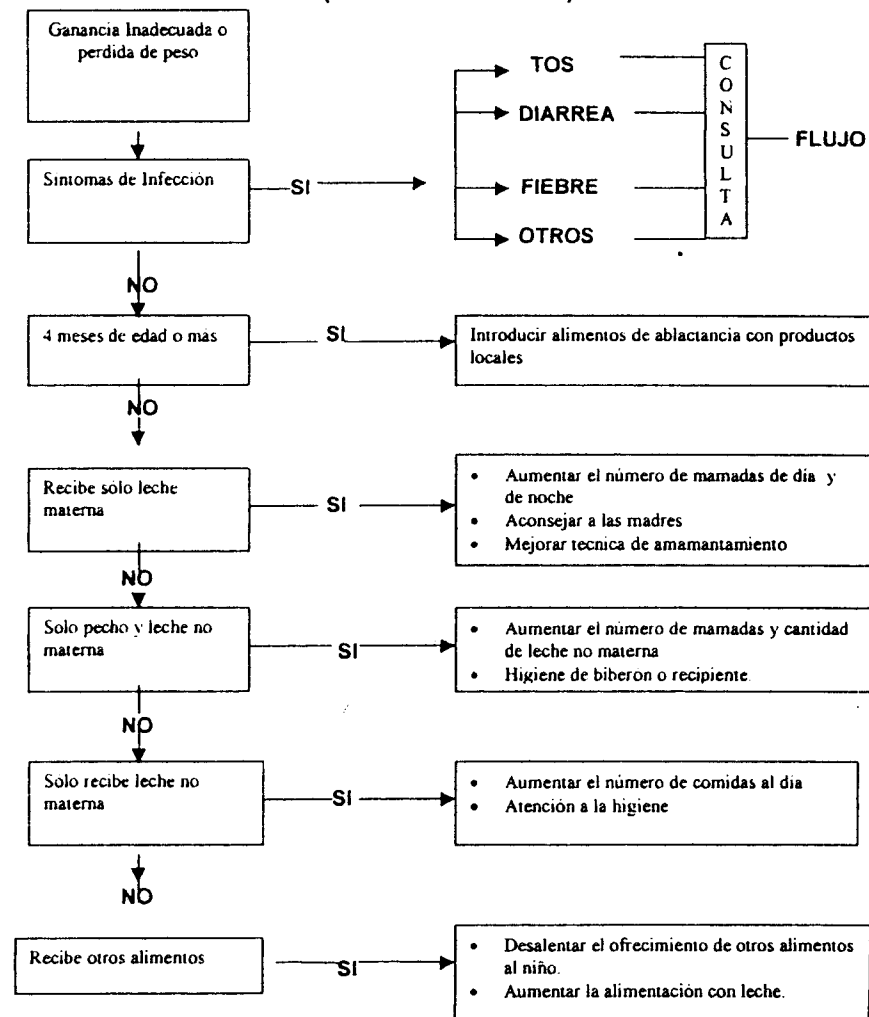
- Desconfianza al contacto físico con los adultos.
- Miedo aparente a los padres o a irse a casa.
- Sé mantiene muy quieto cuando explora el entorno.
- Reacción inapropiada a la lesión, como ausencia de llanto con el dolor.
- Aprensión al oír llorar a los niños.

**Diagnostico.-** Alto riesgo del niño /adolescente relacionado con el maltrato físico y psicológico así como con el abandono, de responsables del cuidado de los niños/adolescentes.

### MEDIDAS

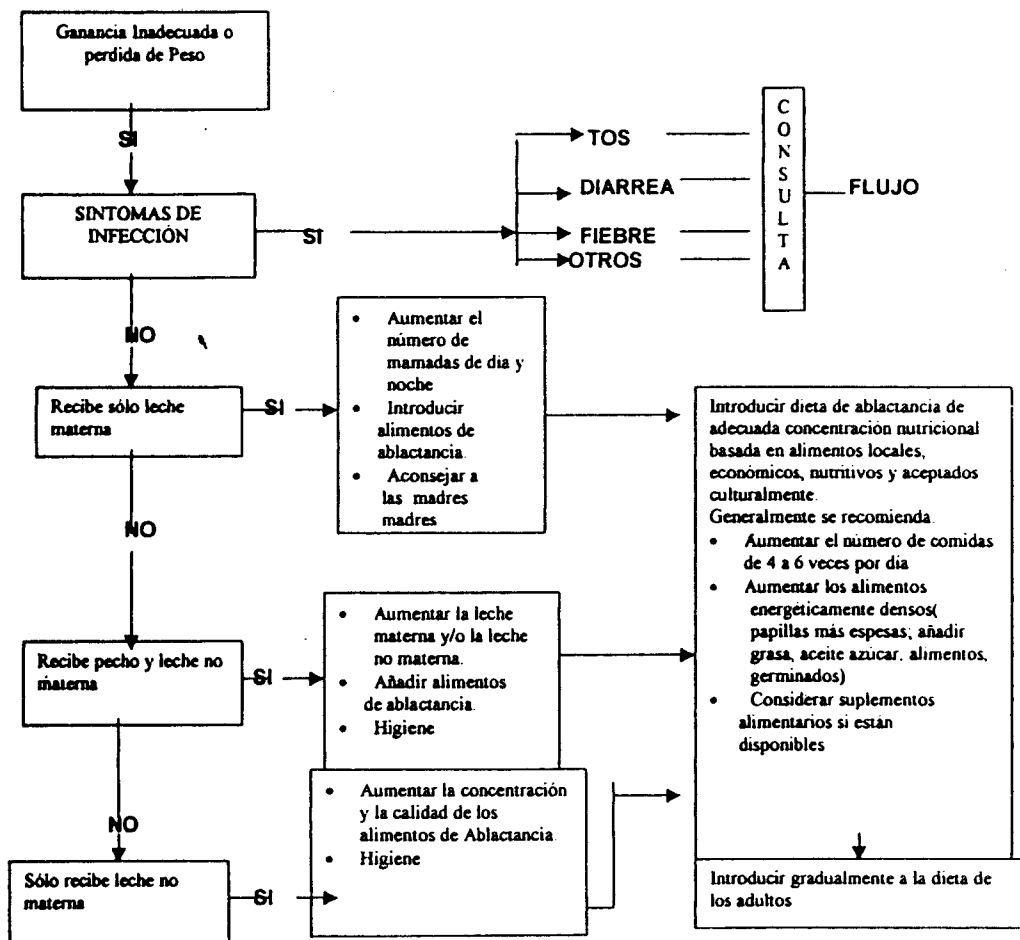
- Aplicar medidas para prevenir el maltrato.
- Entrevista con los responsables del cuidado de los niños/adolescentes.
- Denunciar las sospechas a las autoridades correspondientes.
- Registrar los datos en la Historia clínica.
- Ayudar a los responsables del cuidado de los niños/adolescentes a identificar las circunstancias que llevan al maltrato.
- Fomentar los vínculos entre padres e hijos.
- Enseñar a los responsables del cuidado de los niños/adolescentes las características del crecimiento y desarrollo de los mismos.
- Derivar oportunamente al profesional pediatra, psicólogo, nutricionista, etc.

### ASPECTOS NUTRICIONALES MANEJO DE UNA GANANCIA INADECUADA O PERDIDA DEL PESO (Infantes de 0 a 6 meses)



Si se indica, aconsejar a las madres acerca de iniciar la alimentación a los 4 meses si es necesario el médico entregará suplemento de hierro

**ASPECTOS NUTRICIONALES  
MANEJO DE UNA GANANCIA INADECUADA O PERDIDA DEL PESO  
(Infantes de 6 meses a 3 años)**



Si se indica, aconsejar a las madres acerca de mejorar la alimentación, si es necesario el médico entregará suplemento de hierro.

**CAPITULO V**

**PRESTACIONES BASICAS DE SALUD EN INTERVENCIÓN EN EL USUARIO CON RIESGO**

**PREVENCIÓN**

**DETECCION E INTERVENCION EN EL RIESGO**

**Factor de riesgo COMO CARACTERISTA O CIRCUNSTANCIA** cuya presencia aumente la probabilidad que se produzca un daño. La incorporación del concepto factor protector puede utilizarse como un mecanismo no solo para prevenir daños sino también para promover la salud cuando se actúa con anticipación.

Actividad dirigida a los niños/adolescentes en riesgo, desarrollando acciones de prevención primaria y fortalecimientos de los factores protectores como Prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia y otros riesgos como los nutricionales, psicológicos, sociales, estilos de vida, etc.

En el ámbito individual: autoestima, educación, proyecto de vida, comunicación, resiliencia, creatividad, escalas de valores

En el ámbito familiar: Estructura y dinámica familiar, microambiente familiar saludable.

En la comunidad: Ambiente, aceptación de los adolescentes y promoción de sus derechos, ambiente escolar, laboral, deportivo saludables.

**DESARROLLO DE COMPETENCIAS PSICOSOCIALES**

El proceso complejo del logro de la identidad supone asumir ciertos comportamientos de riesgo, pero es posible obtener ciertos logros funcionales del proceso adolescente, teniendo en cuenta que la intensidad puesta en el logro de tareas de desarrollo específicas para éste grupo etáreo, pueden llevar al joven a involucrarse en comportamientos de riesgo.

Las tareas de desarrollo específicas para el grupo adolescente son:

- Reestructuración y consolidación de la imagen corporal
- Proceso de independencia y autonomía
- Establecimiento pleno de la identidad personal
- Desarrollo y asunción de un sistema de valores apropiados
- Programación del futuro
- Desarrollo de una identidad psicosexual

Desarrollo de factores de protección y fomento de la resiliencia

El desarrollo de competencias, condiciones y recursos favorables como factores de protección en el adolescente debe incluir el establecimiento de:

- Sople
- Empoderamiento
- Límites y expectativas.
- Uso constructivo del tiempo libre.
- Compromiso con el aprendizaje.
- Valores positivos
- Competencias sociales.
- Identidad positiva.
- Conocimiento de sus derechos.

La intervención, orientada a la formación de un adolescente resiliente, es decir, invulnerable a los factores de riesgo de su entorno, deberá estar orientada a:

- Fomentar la capacidad de autocuidado especialmente en relación con las conductas riesgosas
- Incrementar el apoyo mutuo. La capacitación a líderes para la prevención de los factores de riesgos.
- Proteger el ambiente donde los adolescentes viven y realizan sus actividades, familia, escuela, lugares de trabajo y recreación, etc.
- Promover a través de la educación y la participación, estilos de vida saludables y comportamientos sanos.
- Comprometer a la familia para que se brinde apoyo a cada integrante, a la valoración de sí mismo y a su autoestima a través de estimular los éxitos de los adolescentes para que se comprometan a tareas cada vez más difíciles.
- Asignar responsabilidades, realizar algún oficio en casa y ser útiles dentro del grupo familiar.
- Demostrar afecto a través de expresiones verbales o de contacto físico.

### 1.1. DETECCIÓN Y MANEJO RIESGOS EN SALUD MENTAL

- Problemas relacionados con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima
- Problemas relacionados con abuso físico del Niño/adolescente.
- Otros Problemas relacionados con la crianza.
- Problemas relacionados con la supervisión o el control.
- inadecuado de los padres.
- Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres.
- Problemas relacionados con hostilidad y reprobación.
- Problemas relacionados con el abandono emocional.
- Problemas relacionados entre esposos o pareja.
- Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado.
- Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia.
- Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia.
- Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio.
- Problemas relacionados con embarazo no deseado.
- Problemas relacionados con el Bajo rendimiento escolar.
- Problemas relacionados con la relación afectiva en la infancia.
- Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia.
- Problemas relacionados con la alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia.

Los riesgos en salud mental, han sido priorizados y estos se encuentran dentro de la clasificación del CIE10, debemos decir que estos riesgos se encuentran en ficha para ser marcados. Al identificar algunos de ellos el personal de salud, deberá realizar algún tipo de intervención, pero el usuario en riesgo tendrá que ser derivado con el profesional competente para esta área (psicólogo)

### RIESGOS EN SALUD MENTAL

Los factores de riesgo en salud mental incluyen una amplia gama de situaciones que se presenten en el entorno de un individuo posibilitan la aparición de patología o trastornos psicológicos.

0 a 28 días	Menor de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 17 años
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo distócico.</li> <li>• Parto distócico.</li> <li>• Embarazo no deseado.</li> <li>• Control inadecuado de los padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo distócico.</li> <li>• Parto distócico.</li> <li>• Embarazo no deseado.</li> <li>• Control inadecuado de los padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo distócico.</li> <li>• Parto distócico.</li> <li>• Embarazo no deseado.</li> <li>• Control inadecuado de los padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo distócico.</li> <li>• Embarazo no deseado.</li> <li>• Control inadecuado de los padres.</li> <li>• Sobreprotección.</li> <li>• Abandono emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo no deseado.</li> <li>• Control inadecuado de los padres.</li> <li>• Sobreprotección.</li> <li>• Abandono emocional.</li> </ul>

0 a 28 días	Menor de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 17 años
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandono emocional</li> <li>• Problemas relacionados a la crianza</li> <li>• Ruptura familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandono emocional</li> <li>• Sobreprotección</li> <li>• Problemas relacionados a la crianza</li> <li>• Ruptura familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobreprotección</li> <li>• Abandono emocional</li> <li>• Problemas relacionados a la crianza</li> <li>• Ruptura familiar.</li> <li>• Problemas por del trastornos desarrollo.</li> <li>• Problemas por del Trastorno Conducta.</li> <li>• Problemas de Trastorno Conducta.</li> <li>• Problemas de adaptación.</li> <li>• Problemas de socialización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas relacionados a la crianza.</li> <li>• Ruptura familiar.</li> <li>• Problemas por del trastornos desarrollo.</li> <li>• Problemas por del Trastorno Conducta.</li> <li>• Problemas de adaptación.</li> <li>• Problemas de socialización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas relacionados a la crianza.</li> <li>• Ruptura familiar.</li> <li>• Problemas por del trastornos desarrollo.</li> <li>• Problemas por del Trastorno Conducta.</li> <li>• Problemas de adaptación.</li> <li>• Problemas de socialización</li> </ul>

### ACTIVIDADES DE DETECCIÓN Y MANEJO DEL RIESGO EN SALUD MENTAL

#### TAMIZAJE

Actividad orientada a detectar tempranamente riesgos para la Salud Mental en el usuario Niño y Adolescente. Se realiza a través de cuestionarios de evaluación rápida.

#### PROCEDIMIENTO:

- Paso 1: Recepción del usuario
- Paso 2: Clarificación de los Motivos de la intervención
- Paso 3: Aplicación de la Ficha de Tamizaje
- Paso 4: Corrección de la Ficha de Tamizaje
- Paso 5: Devolución de los Resultados
- Paso 6: Recita y/o despedida del usuario
- Criterio de Inclusión:  
Niño o Adolescente aparentemente sano
- Criterio de Exclusión:  
Niño o Adolescente con trastorno emocional agudo  
Niño o Adolescente en situación de crisis emocional

#### CONTROL EN SALUD MENTAL

Actividad dirigida al usuario con factores de riesgo identificados, para determinar el avance en la recuperación del equilibrio psicológico. Se realiza a través del seguimiento periódico del usuario.

#### PROCEDIMIENTO:

- Paso 1: Recepción del Usuario
- Paso 2: Revisión de riesgos identificados en el tamizaje
- Paso 3: Identificación de los recursos personales del usuario
- Paso 4: Determinación del Plan de seguimiento
- Paso 5: Recita y/o despedida del usuario
- Criterio de Inclusión:  
Niño o Adolescente con riesgo identificado
- Criterio de Exclusión:  
Niño o Adolescente con trastorno emocional agudo  
Niño o Adolescente con riesgo controlado

## PSICOPROFILAXIS EN SALUD MENTAL ATENCIÓN PSICÓLOGO

Actividad de entrenamiento y optimización de los recursos emocionales y habilidades del Niño o Adolescente con la finalidad de lograr el ajuste emocional y comportamental. Incluye sesiones en grupo con métodos participativos para la disminución de riesgos.

### PROCEDIMIENTO:

- Paso 1:** 1ª Sesión: Recepción del usuario, evaluación de entrada, presentación de los objetivos del taller, presentación del grupo, clarificación de conceptos, ejercicio vivencial, recita, despedida.
- Paso 2:** 2ª Sesión: Clarificación de conceptos, ejercicios vivenciales, evaluación grupal, recita, despedida.
- Paso 3:** 3ª Sesión: Exposición de conceptos según finalidad del taller, ejercicios vivenciales, evaluación grupal, recita, despedida.
- Paso 4:** 4ª Sesión: Aplicación práctica de los conceptos expuestos, ejercicios vivenciales, evaluación grupal, recita, despedida.
- Paso 5:** 5ª Sesión: Ejercicios vivenciales, evaluación del grupo, recita, despedida.
- Paso 6:** 6ª Sesión: Ejercicio de repaso, evaluación grupal, prueba de salida, recita y/o despedida del usuario.

- Criterio de Inclusión:  
Usuario con riesgo identificado
- Criterio de Exclusión:  
Usuario con trastorno emocional agudo  
Usuario con Riesgo controlado

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Trastorno profundo del desarrollo.
- Usuario con agitación psicomotora.
- Pérdida de conciencia
- Desorientación temporo – espacial.
- Intento suicida.
- Evidente estado de crisis emocional.

En estos casos deberán ser referidos al servicio médico especializado (Psiquiatría)

### ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y SALUD MENTAL EN ATENCIÓN INTEGRAL EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE

Actividad	Sub Actividad	Objetivo	Pob. Objetivo	Requerimientos
Identificación del riesgo.	Tamizaje en Salud Mental.	Identificar tipo y magnitud de riesgo en Salud Mental.	Con sospecha de Riesgo.	Fichas de tamizaje.
Control del Riesgo.	Control en Salud Mental.	Recuperar el equilibrio psicológico afectado por el impacto del riesgo en Salud Mental.	Con Riesgo identificado.	Ficha de Control y seguimiento.
	Psicoprofilaxis en Salud Mental.	Lograr el ajuste emocional y comportamental a partir del Entrenamiento y optimización de los recursos emocionales y habilidades de la persona en riesgo.	Con Riesgo identificado.	15 colchonetas. Radiograbadora. Cintas de audio. Set de Entrenamiento.

## ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE FICHA DE RIESGO EN SALUD MENTAL

### NIÑO

### Cuestionario de Síntomas para Niños (RQC<sup>1</sup>)

Fecha de Entrevista: ...../...../.....  
 Nombre del Niño: .....  
 Nombre del padre: .....  
 Nombre de la Madre: .....  
 Edad del Niño: ..... años Sexo: M ..... F .....  
 Adulto acompañante: .....  
 Colegio: .....  
 Nunca fue al colegio: .....  
 Aún va: .....  
 Fue al colegio hasta la edad de: .....

- |     |  |    |    |
|-----|--|----|----|
| 1.  | ¿El Lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma?  | SI | NO |
| 2.  | ¿El niño (a) duerme mal?   | SI | NO |
| 3.  | ¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?                | SI | NO |
| 4.  | ¿Sufre el niño (a) de dolores frecuentes de cabeza?  | SI | NO |
| 5.  | ¿El niño (a) ha huido de la casa más de una vez?   | SI | NO |
| 6.  | ¿Ha robado cosas de la casa?   | SI | NO |
| 7.  | ¿Se asusta o se pone nervioso (a) sin razón?   | SI | NO |
| 8.  | ¿Parece como retardado (a) o lento (a) para prender cuando se le compara con otros niños de su edad? | SI | NO |
| 9.  | ¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)?  | SI | NO |
| 10. | ¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa?   | SI | NO |

Programar entrevista de seguimiento con el Psicólogo u Profesional encargado si uno o más de los SI está marcado

Fecha: ...../...../.....  
 Dirección del Niño: .....  
 Teléfono de referencia: .....  
 Entrevistador: .....

<sup>1</sup> Rqc, Reproting Questionnaire for Children, OPS

## ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

### FICHA DE RIESGO EN SALUD MENTAL

#### ADOLESCENTES

Fecha de Entrevista: ...../...../.....  
 Nombres y Apellidos: .....  
 Nombre del Padre: .....  
 Nombre de la Madre: .....  
 Edad del Adolescente: ..... años Sexo: M ..... F .....  
 Adulto acompañante: SI ..... NO .....  
 Escolaridad: .....

Nunca fue al colegio: .....  
 Aún va: .....  
 Fue al colegio hasta la edad de: .....

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿El Lenguaje del (la) adolescente es anormal en alguna forma?   | SI | NO |
| 2. ¿El (la) adolescente (a) duerme mal?  | SI | NO |
| 3. ¿Tiene problemas con la alimentación?   | SI | NO |
| 4. ¿Ha tenido el (la) adolescente en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?                 | SI | NO |
| 5. ¿Sufrir el (la) adolescente de dolores frecuentes de cabeza?  | SI | NO |
| 6. ¿El (la) adolescente ha huido de la casa más de una vez?  | SI | NO |
| 7. ¿Ha robado cosas de la casa?  | SI | NO |
| 8. ¿Se asusta o se pone nervioso (a) sin razón?  | SI | NO |
| 9. ¿Parece como retardado (a) o lento (a) para prender cuando se le compara con otros adolescentes de su edad?   | SI | NO |
| 10. ¿Reporta repitencia o ausentismo escolar?  | SI | NO |
| 11. ¿Ha tenido problemas en el trabajo o estudio por consumir alcohol, tabaco o drogas?                          | SI | NO |
| 12. ¿Ha cambiado bruscamente su comportamiento en los últimos 6 meses? (violento, aislado, muy inquieto)         | SI | NO |
| 13. ¿Tiene problemas en el cumplimiento de las normas establecidas en la casa, escuela o trabajo?                | SI | NO |
| 14. ¿Tiene "malas juntas"?   | SI | NO |
| 15. ¿Ha experimentado alguna pérdida o amenaza de pérdida recientemente? (pareja, amigos, trabajo padres, etc.). | SI | NO |

Programar entrevista de seguimiento con el Psicólogo u Profesional encargado si uno o más de los SI está marcado

Fecha: ...../...../.....  
 Dirección del Adolescente: .....  
 Teléfono de referencia: .....  
 Entrevistador: .....

## 1.2 DETECCIÓN Y MANEJO DE LOS RIESGOS SOCIALES

Los riesgos sociales han sido priorizados y estos se encuentran con dentro de la Clasificación del CIE10, debemos decir que estos riesgos se encuentran en ficha para ser marcados, en el capítulo correspondiente al Control Social. Al identificar algunos de ellos el personal de salud, deberá poder identificarlos y realizar algún tipo de intervención pero tendrá que ser derivado con el profesional competente para esta área (Trabajadora Social)

### ATENCIÓN TRABAJADORA SOCIAL

#### DETECCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO SOCIAL EN EL NIÑO (DE 0 - 9 AÑOS)

Actividad dirigida al niño, orientada a identificar tempranamente los riesgos sociales, antes que genere o ocurra el daño social del niño.

#### IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN SOCIAL DEL RIESGO

Actividad dirigida al usuario, mediante el cual nos permite conocer, analizar, e interpretar el diagnóstico social y establecer escalas de riesgos para formular el plan de intervención social. Se realiza a través de técnicas e instrumentos técnicos: ficha de identificación de riesgo, fichas sociales, otros.

#### PLAN DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO

Actividad dirigida al usuario con riesgos sociales identificados en el que se plantea estrategias de trabajo a fin de controlar o disminuir el riesgo.

Se realiza el seguimiento de acuerdo al grado de riesgo social presentado. Así mismo se determina el avance del tratamiento social, el restablecimiento del equilibrio social o replantear nuevas estrategias de acción.

#### PROCEDIMIENTO

1. Entrevista Social al usuario con riesgo identificado y /o familiar
2. Establecer y ejecutar el plan y las estrategias de intervención
3. Determinar si requiere seguimiento
4. Ingresar datos y resultados en historia
5. Recita o concluye si el caso lo requiere

- **Consejería Social a los Padres**  
Actividad dirigida a los padres con la finalidad de promover cambios de actitudes, para impulsar pensamientos positivos, dinámicos, orientados a la actitud reflexiva en la solución de su situación problema.
- **Asesoría y Promoción Familiar**  
Actividad dirigida a la familia con la finalidad de orientar y fortalecer el núcleo familiar y generar la participación activa de la familia y la corresponsabilidad en el mejoramiento de su situación problema.  
Esta actividad incluye entre otras, Articular redes sociales de apoyo,

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niño aparentemente sano y con factores de riesgo social

Criterios de Exclusión:

Niño con daño psicológico.

## **DETECCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO SOCIAL EN EL ADOLESCENTE (10-17 AÑOS)**

Actividad dirigida al adolescente, orientada a identificar tempranamente los riesgos sociales, antes que genere o ocurra el daño social del adolescente.

### **IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN SOCIAL DEL RIESGO**

Actividad dirigida al usuario, mediante el cual nos permite conocer, analizar e interpretar el diagnóstico social y establecer escalas de riesgos para formular el plan de intervención social. Se realiza a través de técnicas e instrumentos técnicos: ficha de identificación de riesgo, fichas sociales, otros.

### **IDENTIFICACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE FACTORES PROTECTORES**

Actividad orientada para detectar e identificar los factores protectores individuales, familiares, sociales y comunitarios. Se denominan factores protectores a la circunstancia o característico, condiciones o atributos que faciliten el logro de la salud integral del adolescente y sus relaciones con la calidad de vida.

- Factores familiares y sociales: Estructura y dinámica familiar, micro ambiente familiar, escolar, laboral, deportivo y recreativo que sea saludable y propicio para el desarrollo del adolescente. Ayuda mutua y uso adecuado de redes sociales de apoyo entre otros.
- Factores individuales: autoestima, autonomía, educación, creatividad.
- Factores comunitarios: Ambiente de aceptación a los adolescentes, redes de apoyo, promoción de sus derechos.

### **PLAN DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO**

Actividad dirigida al adolescente con riesgos sociales identificados en el que se plantea estrategias de trabajo a fin de controlar o disminuir el riesgo.

Se realiza el seguimiento de acuerdo al grado de riesgo social presentado. Así mismo se determina el avance del tratamiento social, el restablecimiento del equilibrio social o replantear nuevas estrategias de acción.

### **CONSEJERÍA SOCIAL AL ADOLESCENTE/ PADRES**

Actividad dirigida a los adolescentes y/o padres con la finalidad de promover cambios de actitudes, para impulsar pensamientos positivos, dinámicos, orientados a la actitud reflexiva en la solución de su situación problema.

### **ASESORÍA Y PROMOCIÓN DEL ADOLESCENTE Y LA FAMILIA**

Actividad dirigida al adolescente y familia con la finalidad de orientar, de fortalecer el núcleo familiar y generar la participación activa del adolescente y familia; así mismo promover su desarrollo y la corresponsabilidad en el mejoramiento de su situación problema.

Esta actividad incluye entre otras:  
Articular redes sociales de apoyo,  
Fortalecimiento del entorno social protector

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Adolescente aparentemente sano y con factores de riesgo social

Criterios de Exclusión:

Adolescente con daño psicológico.

## **INTERVENCIÓN EN REDES LOCALES**

El modelo ecológico como propuesta de intervención en violencia familiar y maltrato, recomienda que la intervención sobre una determinada problemática debe darse en todos los órdenes: a nivel de individual, micro, meso y macro, de tal manera que este modelo debe integrar al problema y al individuo como parte de un sistema (1), siendo las redes una forma de intervención a nivel micro.

### **RED SOCIAL**

Relaciones significativas que una persona establece cotidianamente a lo largo de su vida, amigos siendo parte de su propia red, los familiares, sus amigos, vecinos, las organizaciones donde participa. La red social permite el desarrollo de su identidad haciendo que la persona se reinserte socialmente.

### **RED SOCIAL PRIMARIA**

Constituida por los familiares, amigos y demás conocidos, otorga apoyo emocional, material, orientación e información necesaria y permite que la persona y la familia se inserte en la sociedad.

### **RED SOCIAL SECUNDARIA**

Están conformadas por los profesionales y funcionarios de instituciones públicas y privadas, miembros de organizaciones sociales de la comunidad.

### **REDES SOCIALES INTERMEDIAS**

Están constituidas por los promotores de los diferentes sectores como de salud, educación, iglesia o de su propia comunidad.

### **REDES LOCALES O INTERINSTITUCIONALES**

Destinadas a prevenir y atender a las personas afectadas y permite un abordaje integral del problema. Es una forma de trabajo coordinado entre las instituciones y organizaciones de la comunidad, destinada a prevenir y atender a las personas afectadas por la violencia o maltrato, permitiendo un abordaje integral del problema.

El funcionamiento de la red es una forma de tratar los problemas de una forma conjunta y no aislada, visualizando el problema dentro de un sistema, es decir que la red debe funcionar como un sistema.

### **FASES PARA EL DESARROLLO DE LA RED**

#### **ARTICULACIÓN**

Se articula a través de hojas de referencia y contrarreferencia y una planificación participativa de sus acciones en un determinado período.

Debe existir la voluntad institucional expresada a través de convenios, cartas de intención o una acta de constitución. Debe haber una perspectiva de continuidad e institucionalidad.

#### **CONSOLIDACIÓN**

Se produce el contacto con otras redes, se ajustan y desarrollan procedimientos de instituciones para el mejor abordaje de la problemática.

#### **PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON ENFOQUE INTEGRAL**

Las instituciones disponen de instrumentos adecuados, trabajan para hacer frente a la violencia, su prevención, tratamiento y rehabilitación. Los miembros de una red identifican una forma de intervención integral de abordaje a la violencia familiar, que pueda ser legal, psicológica, social y educativa, etc.



# FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS SOCIALES EN EL NIÑO

NOMBRES Y APELLIDO.....

EDAD..... SEXO M ( ) F ( )

- 1 Problemas relacionados con la falta de vivienda ( )
- 2 Problemas relacionados con la vivienda inadecuada/ serv. Inadecuados ( )
- 3 Problemas relacionados con la falta de alimentos adecuados ( )
- 4 Problemas relacionados al hacinamiento ( )
- 5 Problemas relacionados con bajos ingresos ( )
- 6 Problemas relacionados con el analfabetismo o el bajo nivel de Instrucción ( )
- 7 Suministro inadecuado de agua potable ( )
- 8 Negligencia y abandono por padre o madre ( )
- 9 Carencia de recursos informacionales ( )
- 10 Problemas relacionados al ambiente Social ( )

Marcar con (x) los factores detectados en recuadro y derivar a la trabajadora social

Firma .....

Fecha .....

# FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS SOCIALES EN EL ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS.....

EDAD..... SEXO M ( ) F ( )

- 1 Problemas relacionados con la falta de vivienda ( )
- 2 Problemas relacionados con la vivienda inadecuada/ servicios Inadecuados ( )
- 3 Problemas relacionados con la falta de alimentos adecuados ( )
- 4 Problemas relacionados al hacinamiento ( )
- 5 Problemas relacionados con bajos ingresos ( )
- 6 Suministro inadecuado en agua potable ( )
- 7 Negligencia y abandono por padre o madre ( )
- 8 Carencia de recursos informacionales ( )
- 9 Problemas relacionados al ambiente Social ( )
- 10 Otros Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo ( )
- 11 Problema relacionados con el apoyo social inadecuado ( )
- 12 Problemas relacionados con los padres y familiares políticos ( )
- 13 Otros problemas relacionados al ambiente social ( )

Marcar con (x) los factores detectados en recuadro y derivar a la trabajadora social.

Firma .....

Fecha.....

### 1.3. DETECCIÓN Y MANEJO DE LOS RIESGOS NUTRICIONALES

- Niño menor de 6 meses que recibe lactancia mixta o artificial.
- Peso extremadamente bajo al nacer.
- Otro peso bajo al nacer.
- Recién nacidos excepcionalmente grande.
- Otros recién nacidos grandes para la edad gestacional.
- Niño/adolescente con curva de crecimiento plana, en descenso o ascendente hacia la obesidad.
- Niños/adolescente con episodios diarreicos frecuentes.
- Niños/adolescentes con enfermedades parasitarias.
- Niños/adolescentes con problemas de hipercolesterolemia e hipertriglicidemia.
- Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados.
- Adolescente con peso habitual disminuido en 5% en un mes o 10% en los últimos 6 meses.

Los riesgos Nutricionales: Se encuentran en la ficha para ser marcados (anexos 3,4 y 5). Al identificar algunos de ellos el personal de salud deberá realizar algún tipo de intervención, pero tendrá que derivar con el profesional competente en esta área (Nutricionista)

#### NIÑO-ADOLESCENTE CON RIESGO NUTRICIONAL.

Aquel que a través de la aplicación de la ficha de riesgo se le detecte la probabilidad de adquirir algún tipo de malnutrición.

#### ATENCIÓN DE NUTRICIONISTA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL RIESGO

1. Elaboración de la historia nutricional (Anexo)
2. Valorar el estado nutricional según indicadores P/T, T/E, P/E, IMC, relacionadas con las Tablas de normalidad (Anexo) y exámenes bioquímicos.
3. Realizar la prescripción dietética según diagnóstico nutricional.
4. Desarrollar la Guía de Alimentación de acuerdo a sus necesidades nutricionales, dando las orientaciones a los padres y/o personas responsables, o adolescentes sobre su alimentación adecuada.
5. Dar próxima cita.

#### IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO POR LA COMUNIDAD

La identificación del riesgo en la comunidad la realizará los vigías y promotores de salud, quienes aplicarán la Ficha de riesgo a todos los niños y adolescentes del área geográfica que tienen asignada

#### MANEJO DE RIESGOS EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

- Promoción y fomento de hábitos de alimentación saludables
- Educación sobre alimentación balanceada de acuerdo a grupos poblacionales.
- Educación sobre la importancia de la práctica de la Lactancia Materna exclusiva en los niños menores de 6 meses.

Derivar a la Unidad de Prevención a los niños - adolescentes con riesgo nutricional bajo, moderado y alto para su manejo y seguimiento

### ACCIONES A TOMAR

#### NIÑO O ADOLESCENTE EN RIESGO DE MALNUTRICION

- Referir al Nutricionista
- Recomendaciones para una alimentación adecuada
- Educación para la salud
- Control frecuente cada mes

#### NIÑO O ADOLESCENTE EUTROFICO O NORMAL

- Manejo por el equipo de salud
- Recomendaciones para una alimentación adecuada
- Educación para la salud
- Control periódico cada mes en menores de 1 año y cada 3 meses en mayores de 1 año.

#### ALIMENTACIÓN DEL NIÑO MENOR DE 6 MESES

- Dar sólo leche materna a libre demanda, cuantas veces quiera, durante el día y la noche.
- No introducir alimentos distintos a la leche materna antes de los 6 meses de edad porque puede disminuir la producción de ésta, puede predisponer a mayores infecciones y al desarrollo de anemia por disminución de la absorción de hierro y puede ocasionar alergias.
- Las agüitas no son necesarias para el bebé, la leche materna tiene toda el agua que él necesita.

#### ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES

- Continuar con la lactancia materna e iniciar la alimentación complementaria
- Ofrecer gradualmente alimentos de diferente textura (arroz graneado, papa aplastada, verduras finamente picadas), los mismos que deben estar bien cocidos
- Debe ser alimentado con mayor frecuencia con alimentos espesos como mazamorra, puré o papillas
- Agregar a las papillas, una cucharadita de aceite vegetal, con la finalidad de proporcionar más calorías y hacerlas más fáciles de ingerir.
- Fomentar las mezclas de alimentos, teniendo como base los disponibles en cada región (cereal + leguminosa, tubérculos + proteínas de origen animal) teniendo en cuenta el costo.
- Cuando se use alimentos de origen vegetal, se debe poner atención a factores tales como el descascarado, refinamiento y grado de molienda de los cereales, las leguminosas y sus productos (tales como harinas y mezclas vegetales) que aumentan la digestibilidad de las proteínas y almidones, pero pueden reducir el aporte de algunos micronutrientes.
- Tener en cuenta que el contenido de fibra, fitatos, taninos y otros compuestos puede interferir con la biodisponibilidad de diversos micronutrientes.
- Agregar carnes (pollo, res, pescado, etc.); fomentar el empleo de alimentos ricos en hierro y de bajo costo (sangrecita, hígado, riñón, etc) y aquellos ricos en vitamina A (hígado, camote, zapallo, zanahoria)
- Procurar que el niño coma sólo, haciendo de la hora de la comida un momento de tranquilidad y alegría, sin presiones, ni apuros.

## ALIMENTACIÓN DEL NIÑO MAYOR DE 1 AÑO

- Suavizar las comidas con un poco de aceite o margarina.
- La alimentación del niño menor de 5 años debe ser balanceada, conteniendo todos los tipos de alimentos: cereales, leguminosas, frutas, verduras y productos de origen animal.
- Dar alimentación fraccionada: 3 comidas principales y 2 refrigerios entre las comidas. En cada comida el niño debe ingerir aproximadamente la mitad de lo que come un adulto. Se puede agregar una mazamorra o fruta entre las comidas.
- El niño de 2 a 5 años debe recibir al menos 4 comidas al día, incluyendo frutas y verduras
- Indicar su alimentación en base a alimentos locales y de costo razonable.

## INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS SEGÚN EDAD

Edad	Alimentación
De 0 a 6 meses	Lactancia materna exclusiva a demanda, día y noche (10 o más veces al día). Si ya no recibe lactancia materna En caso de lactancia artificial, indicar fórmula fortificada como primera opción. Como segunda opción se puede utilizar Leche evaporada al 1/3 + cereal al 3% + azúcar 5% + aceite 2% Como tercera opción Leche de vaca 1/2 + azúcar 5% + aceite 2%
De 6 a 8 meses	Primero lactarlo (5 o más veces al día) Si ya no recibe lactancia materna, indicar como primera opción fórmula maternizada. Como segunda opción se puede indicar leche de vaca 2/3 + azúcar 5% Se puede adicionar purés o alimentos suaves bien aplastados como mazamoras espesas y papillas (2 a 3 veces al día) con alimentos disponibles localmente a base de: • Cereales: maíz, arroz con leche. • Tubérculos y vegetales: papa, yuca, zanahoria, zapallo. • Frutas: papaya, nispero, manzana, plátano, pera. Agregar al puré una cucharadita de aceite para hacerlo más suave, agradable y cubrir sus necesidades calóricas.
De 8 a 12 meses	Dar de lactar después de cada comida (3 a 4 o más veces al día) Más sólidos aplastados o cortados en pequeños pedazos (3 a 4 veces al día). Incorporar proteínas de origen animal, pollo, carne, pescado y huevos. Cereales de cualquier tipo (con o sin gluten), leguminosas de cualquier tipo como puré u otras formas culinarias. Llevar en forma progresiva a la dieta del adulto.
De 12 a 24 meses o más	La lactancia puede continuar si es deseada por la madre y el niño. Incluir más alimentos de la alimentación de la familia.
Más de 24 meses	Debe recibir los alimentos que conforman el menú familiar, fraccionándola en 3 comidas principales y 2 refrigerios entre las comidas.

## ALIMENTACIÓN BALANCEADA

Cereales	Tubérculos	Leguminosas o Menestras	Productos animales	Frutas y verduras
Arroz Quinoa Maíz Cebada Trigo Kiwicha Avena Cañihua	Papa Camote Yuca Chuño Mashua Olluco Oca	Lenteja Arveja Habas Tarhui Pallar Garbanzo	Carnes: pollo, res, Chanchó, cuy, cordero, llama, pescados, mariscos, hígado, bazo, bofe, sangre, mondongo. Huevos, lácteos	Plátano Zanahoria Zapallo Mango Mandarina

## COMBINACIÓN DE ALIMENTOS

Número de porciones	Grupo de alimentos	Incluir siempre
2	Cereal	Frutas y verduras
1	Menestra	
2	Tubérculo	Frutas y verduras
1	Menestra	
1	Cereal	Frutas y verduras
1	Tubérculo	
1	Menestra	
2	Cereal	Frutas y verduras
1/2	Producto animal	
2	Tubérculo	Frutas y verduras
1/2	Producto animal	
1	Cereal	Frutas y verduras
1	Tubérculo	
1/2	Producto animal	

## RECOMENDACIONES GENERALES

- No se debe dar biberón, se debe dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida a libre demanda y en los niños con lactancia artificial se puede intentar re lactación, es decir que la madre que ha dejado de lactar, puede volver a dar lactancia materna en forma exclusiva.
- En los niños de 6 meses se debe continuar lactando, pero al mismo tiempo se debe empezar a dar alimentos semi - sólidos (iniciar alimentación complementaria después de las comidas principales del día).
- Determinar el volumen de la dieta de acuerdo a la capacidad gástrica (3% de su peso corporal) iniciando con volúmenes pequeños para permitir la readaptación del niño desnutrido.
- La densidad calórica debe ser igual a 1
- Utilizar mezclas de alimentos vegetales agregándoles proteínas de alto valor biológico y digestibilidad.
- Fraccionar la alimentación a 6 veces al día con volúmenes pequeños
- La textura de los alimentos debe ser preferentemente de consistencia blanda, suave
- Los líquidos que se den al niño serán después de las comidas
- Las recomendaciones sobre las cantidades de alimentos que debe ingerir el niño deben ser dadas considerando el alimento cocido y en medidas caseras
- Dar alimentos más sólidos a medida que el niño crece y empieza a desarrollar la habilidad de masticar y deglutir alimentos más consistentes. Al principio deben ser blandos cortados en trocitos de tamaño adecuado y a medida que se desarrolla la dentición se puede aumentar la firmeza y el tamaño de los trozos
- En la educación que se imparte a la madre debe incluirse temas de saneamiento e higiene de los alimentos y del medio ambiente.
- El entrenamiento en la mesa debe comenzar a partir del sexto mes de vida posnatal cuando el niño se interesa por los alimentos que comen los demás y se interesa en probarlos. De este modo al año de edad estará acostumbrado a la "sazón" de la casa y comerá las comidas del menú familiar.
- A partir de los tres años de edad, es posible recomendar el uso de leche descremada pero no antes de esa edad debido a que las necesidades de lípidos son mayores para la energía y el crecimiento cerebral.
- A los niños en edad pre escolar y escolar, es un momento adecuado que puede darse al niño educación nutricional y hacerlo participe de la elección y elaboración de algunas comidas
- En los niños en edad escolar, es importante enfatizar la necesidad de un buen desayuno, pues se ha visto que los sujetos que asisten a la escuela sin desayunar muestran menos atención y rendimiento, y mayor irritabilidad.
- En niños con tratamiento de hierro oral para anemia, tener en cuenta de dárselo con leche, de lo contrario disminuye su absorción.
- En zonas de deficiencia de yodo (sierra y selva) es necesario promover el consumo de sal yodada, así como el consumo de alimentos marinos ricos en yodo (pescado, mariscos y algas)
- Debe tenerse en cuenta que entre la 2 a 5 años el niño presente "alimentación selectiva" lo cual amerita que no altere sus percentiles no debe ser motivo de alarma de los padres.

## HISTORIA NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS

## IX. EVOLUCION Y SEGUIMIENTO

**I. FILIACION**

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad (años y meses) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

## II. ANTECEDENTES PERSONALES

Nacimiento Término \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Peso nacimiento \_\_\_\_\_  
Pre-término \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_ Talla nacimiento \_\_\_\_\_

### III. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Enfermedad (es) anterior (es) del niño \_\_\_\_\_  
Enfermedad actual del niño \_\_\_\_\_  
Signos clínicos \_\_\_\_\_

#### IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

Nº de hijos ————— Nº Embarazos ————— Hijo Nº —————

## V. ANAMNESIS ALIMENTARIA

Alimentación — — — Ablactancia SI NO Edad de inicio —

LMEx Lmix Lart

Duración de LMEEx \_\_\_\_\_ N° de bb/taza \_\_\_\_\_ Cant \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Continuación de Lactancia Materna-----

Edad de inicio de líquidos (agua, etc.) — N° de comidas — Horario —

Persona encargada de alimentación del niño \_\_\_\_\_

### Desayuno

Almuerzo

### Comida

## VI. SUPLEMENTOS DIETETICOS

## VII. ANALISIS DE LABORATORIO

## VIII. ANTROPOMETRIA

[illegible][illegible]

LIC. EN NUTRICION

## HISTORIA NUTRICIONAL DEL NIÑO MAYOR DE 2 AÑOS

## I. FILIACION

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad (años y meses) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

## II. HISTORIA DE PESO Y TALLA

### III. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Enfermedad (es) anterior (es) del niño \_\_\_\_\_  
Enfermedad actual del niño \_\_\_\_\_  
Signos clínicos \_\_\_\_\_

#### IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

Nº de hijos \_\_\_\_\_ Nº Embarazos \_\_\_\_\_ Hijo Nº \_\_\_\_\_

## V. ANAMNESIS ALIMENTARIA

[illegible]

## VI. SUPLEMENTOS DIETETICOS

## VII. ANALISIS DE LABORATORIO

## VIII. ANTROPOMETRIA

[illegible]

## IX. EVOLUCION Y SEGUIMIENTO

[illegible]

LIC. EN NUTRICION

# FICHA DE RIESGO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 1 AÑO

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

## FACTORES DE RIESGO

1. RN con peso igual o menor de 2,5 kg y/o prematuro ( )
2. RN con peso mayor de 3,8 kg ( )
3. Niño menor de 6 meses que recibe lactancia mixta o artificial ( )
4. Niño con curva de crecimiento plana (señal de peligro) ( )
5. Niño con curva en descenso ( )
6. Niño con curva de peso ascendente hacia la obesidad ( )  
 (Color blanco en carnet)
7. Niño con episodios diarreicos frecuentes ( )
8. Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios Inapropiados ( )
9. Niños con enfermedades parasitarias ( )

Marcar con un aspa, según corresponda, los recuadros afirmativos y referir al Nutricionista, al identificar algún factor de riesgo.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

# FICHA DE RIESGO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 1 A 4 AÑOS

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

## FACTORES DE RIESGO

1. Niño con curva de crecimiento plana (señal de peligro) ( )
2. Niño con curva de peso en descenso ( )
3. Niño con curva de peso ascendente hacia la obesidad ( )  
 (color blanco del carnet de CRED)
4. Niño con episodios diarreicos frecuentes ( )
5. Niños con enfermedades parasitarias ( )
6. Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios Inapropiados ( )

Marcar con un aspa, según corresponda, los recuadros afirmativos y referir al Nutricionista, al identificar algún factor de riesgo.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

# FICHA DE RIESGO NUTRICIONAL DEL NIÑO ADOLESCENTE DE 5 A 17 AÑOS

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

## FACTORES DE RIESGO

- 1 Niños adolescentes con enfermedades parasitarias ( )
- 2 Niño adolescente con episodios diarreicos frecuentes ( )
- 3 Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios Inapropiados ( )
- 4 Niño adolescente con problemas de hipercolesterolemia Hipertrigliceridemia ( )
- 5 Niño adolescente con obesidad ( )
- 6 Niño adolescente con peso y/o talla sin evolución (curva plana) ( )
- 7 Su peso habitual ha disminuido 5% en un mes, ó 10% en los últimos 6 meses ( )

Marcar con un aspa, según corresponda, los recuadros afirmativos y referir al Nutricionista, al identificar algún factor de riesgo.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

## 1.4. DETECCIÓN Y MANEJO DE LOS RIESGOS ODONTOLÓGICOS

### ATENCIÓN ODONTÓLOGO

#### EXAMEN ORAL

Es un procedimiento clínico que se realiza con el objeto de evaluar el estado de salud oral del niño /adolescente

### CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

- Examen clínico intra y extraoral
- Determinar el riesgo y daño estomatológico
- Diagnostico definitivo
- Plan de tratamiento

### MANEJO

- Registro en la ficha del examen odontológico.
- Determinar el índice de caries mediante el indicador CPOD ceod

Tomando en cuenta al diente como indicador clave:

- C = Diente Canado
- P = Diente Extraído (E) o con extracción indicada(EI)
- O = Diente Obturado en buen estado de conservación.
- D = Diente como unidad (Se representa con letras mayúsculas)
- c = Diente cariado
- e = Diente con extracción indicada. No se considera el diente extraído porque será reemplazo posteriormente por un diente permanente.
- o = Diente obturado un buen estado de conservación.
- d = Diente como unidad

PARA OBTENER el CPOD o ceod se suman las piezas afectadas y se dividen entre el grupo examinado, el cual nos da el índice promedio para el grupo

### CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

#### • REFERENCIA

Todos los centros asistenciales que cuentan con el servicio de odontología están capacitados para realizar las diferentes actividades, el tratamiento de mayor complejidad deben ser solucionados en un centro de mayor complejidad.

#### • CONTRAREFERENCIA

Una vez concluido el tratamiento se deberá derivar al centro asistencial de origen.

## DESFOCALIZACIÓN

### DEFINICIÓN

Son procedimientos clínicos odontológicos que disminuyen la flora bacteriana, aumentando los focos sépticos (Remanentes)

### CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

El cirujano dentista realizará las exodoncias en pares no recuperables según plan de tratamiento. Eliminar los nichos ecológicos, e inactiva la caries utilizando materiales, obturaciones temporales con ionomero de Vidrio (ó técnico TRA) y Eugenato. Utilizará soluciones cariostáticos bactericidas como fluoruro diamino de plata.

### CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

#### REFERENCIA

Todos los centros asistenciales que tienen el servicio de odontología están capacitados para realizar tratamiento de desfocalización.

Se referirán a centros de mayor capacidad resolutiva a pacientes de alto riesgo (hemofílicos, Down autistas, etc.).

#### CONTRAREFERENCIA

Concluido el tratamiento se derivará a su centro asistencial de origen para sus controles.

## FLUORIZACIÓN

### DEFINICIÓN

Procedimiento preventivo de protección específica que consiste en aplicar flúor sobre la superficie dentaria, haciéndola más resistente a la acción ácida producida por las bacterias, disminuye la caries dental aproximadamente en un 50%.

### CRITERIOS CLÍNICOS PARA LA APLICACIÓN DE FLÚOR

Después de ubicar al paciente en el nivel de riesgo estomatológico que le corresponde, se aplicará así:

TIPO DE FLUOR	RIESGO ESTOMATOLOGICO			GRUPO ETAREO
	BAJO	R.MEDIO	R.ALTO	
Fna 2%	C/6 m	C/4 m	-C/7 d X 4 sm	0 a 5 años
FFA 1.23 %	C/6 m	C/4 m	-C/7 d x 4 sm - c/3 m	6 a 14/gest. Adulto
Fna 0.05 %	—	Diario	2 v/día	Todos

## TÉCNICAS DE APLICACIÓN

### FLUORURO DE SODIO (FNA) AL 2%

- Limpieza y/o cepillado dental sin pasta
- Aislar con un rollo de algodón o gasa
- Secado de superficies dentarias
- Topicar los dientes con hisopo de algodón embebido en flúor
- Mantener el aislamiento por 1 a 2 minutos
- Botar la torunda de algodón y/o escupir
- No enjuagarse la boca, ni comer nada por ½ hora.

### FLUORFOSFATO ACIDULADO 1.23 % (FFA – FLÚOR GEL).

#### TÉCNICA DEL CEPILLADO DENTAL

- Enjuagarse y/o cepillado dental sin pasta, para eliminar la P.B
- Colocar a lo largo del cepillo flúor gel.
- Cepillarse los dientes con flúor durante 4 minutos aproximadamente.
- Escupir excesos en un vaso descartable y continuar cepillando.
- Transcurrido el tiempo, escupir el resto de flúor y saliva, no tragar.
- No enjuagarse la boca, ni comer nada por ½ hora.

#### TÉCNICA DE LA APLICACIÓN CON HISOPOS

- Enjuague y/o cepillado dental sin pasta dental
- Aislar con rollo de algodón o gasa
- Secado de superficies dentarias
- Topicar los dientes con hisopo de algodón embebido en flúor
- Mantener el aislamiento por 1 a 2 minutos.
- Botar el algodón y escupir todo resto de flúor.
- No enjuagarse la boca, ni comer nada por ½ hora.

#### TÉCNICA DE LA APLICACIÓN CON CUBETAS PLÁSTICAS DESCARTABLES.

- Enjuagarse y/o cepillado dental sin pasta dental.
- Llenar 1/3 de altura de las cubetas (de acuerdo al tamaño de la arcada dentaria) superior e inferior, con flúor
- Secar las superficies dentarias
- Colocar las cubetas en la boca, manteniéndola por 3 – 4 minutos
- Retirar la cubeta, escupir el resto.
- No enjuagarse la boca, ni comer nada por ½ hora.

### FLUORURO DE SODIO AL 0.05 %

- Enjuague y/o cepillado dental sin pasta, para eliminar P.B
- Enjuagarse la boca con 15 cc (aprox. 1 cucharada) de solución por 3 ó 4 minutos. En caso de niños menores de 4 años, la madre le hará topicaciones con flúor embebido en un hisopo del algodón.
- Escupir el contenido.
- No enjuagarse la boca ni comer nada por ½ hora.

### CRITERIOS DE CONTROL

El control se hará de acuerdo a la terapia establecida respecto al Riesgo Estomatológico, que presenta el paciente.



## 1.5. INTERVENCIÓN EN LOS RIESGOS EN ESTILOS DE VIDA

### ATENCIÓN PROFESIONALES DE LA SALUD

- Problemas relacionados con el uso del tabaco
- Problemas relacionados con el uso del Alcohol.
- Problemas relacionados con el uso drogas
- Problemas relacionados con la falta de ejercicio físico.
- Problemas relacionados con la conducta sexual de riesgo

### COMO INTERVENIR EN LOS RIESGOS EN ESTILOS DE VIDA

Recuerde que es importante que usted aplique la encuesta en la cual se determina si los niño/adolescentes están relacionados de alguna manera con el consumo o uso o abuso del tabaco, alcohol y drogas. Esto quiere decir si se tiene algún antecedente que dentro de su entorno padres, familiares, amigos, etc., tienen consumo, uso de tabaco, alcohol y drogas. Si ya es consumidor es necesario que pase con el psicólogo. Si tienen un niño/adolescente, con factores de riesgos de tabaco, alcohol y drogas realizar lo siguiente:

- Identificación del riesgo a través de ficha de riesgo
- Intervención del riesgo
- Orientación y consejería con relación al riesgo.
- Psicoprofilaxis si lo amerita
- Brindar las actividades de educación
- Citar a los padres para el trabajo con ellos y dar la orientación necesaria de la siguiente manera.

### ORIENTACIÓN PARA LOS PADRES DE FAMILIA

Las siguientes orientaciones le pueden ayudar a mejorar la comunicación con los niños/adolescente acerca de las drogas, tabaco y alcohol.

- **Comience:** Nunca es demasiado pronto para prevenir que su niño/adolescente pruebe las drogas, alcohol o tabaco. Al crear factores protectores, tales como indicarle a su hijo que usted se preocupa por él, desempeña un papel importante porque está protegiendo incluso a los niños más pequeños contra las drogas, alcohol y tabaco.
- **Conecte:** Aproveche cada oportunidad para establecer mejor comunicación con sus niños/adolescentes. Haga actividades con toda la familia. Pasen tiempo juntos, cenén en familia, lean juntos, jueguen, vayan a la iglesia, clubes, playa, etc. Muéstrelas que para divertirse no se necesitan, alcohol, tabaco o drogas.
- **Escuche:** Interésese activamente en lo que sucede en la vida de sus hijos. Escuche sus preocupaciones e intereses. Sepa lo que hacen -a qué fiestas van, con quién van, y qué van a servir o habrá disponible en esas fiestas.
- **Aprenda:** Para educar a su hijo sobre el peligro de las drogas, alcohol y tabaco, usted necesita primero que todo informarse, en muchos casos usted y sus hijos pueden aprender juntos. Siéntese con ellos para aprender acerca de los riesgos de las drogas, alcohol y tabaco.
- **Eduque:** Pase con sus hijos el tiempo necesario para explicarles, con lenguaje simple y sencillo, cómo las drogas, tabaco y el alcohol pueden lastimar a los jóvenes y destruir sus sueños.
- **Muéstreles interés:** Pase por lo menos algunos minutos cada día diciéndoles y mostrándoles a sus niños/adolescentes, que usted se interesa por ellos. Asegúrese de que ellos sepan que usted los ama, que ellos estén libres de alcohol, tabaco y drogas. Explíquele a sus hijos que usted siempre estará allí cuando ellos lo necesitan.

- **Esté pendiente:** Busque señales de advertencia que indiquen que su niño/adolescente, pueda estar desarrollando un problema de abuso de drogas, alcohol o tabaco y consiga ayuda antes de que ocurra el problema. En caso necesario acuda al personal de salud.
- **Fije Normas que rigen su Hogar:** Al fijar normas de comportamiento aceptable, usted le mostrará a sus niños/adolescentes, que se preocupa por ellos, y ayude a dirigirlos hacia un futuro más seguro libre de drogas, alcohol, o tabaco. Declare límites: "Esta familia no usa alcohol, tabaco y/o drogas. Haga cumplir estas normas. Si usted dice no al alcohol, tabaco y drogas, no a conducir bajo la influencia del alcohol, tabaco y/o drogas, la regla se aplica también para los padres. Sea constante. Asigne tareas u obligaciones que cumplan y mantengan siempre ocupado al adolescente.
- **Involúcrese:** La prevención eficaz se extiende más allá del hogar, va hacia la comunidad. Involúcrese en su comunidad. Asegúrese de que las calles, los parques, y las escuelas de su comunidad sean seguras y estén libres de drogas, alcohol y tabaco. Comience o únase a un grupo comunitario de vigilancia o a una coalición comunitaria en contra de las drogas, alcohol y tabaco. Participe activamente en las asociaciones de padres y maestros. Involúcrese más en su iglesia, sinagoga o religión, clubes, juntas vecinales, etc.
- **Guíe:** Recuerde que los hijos observan sus acciones, se educa con el ejemplo

### ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA CONSEJERÍA AL NIÑO/ADOLESCENTE Y PADRES DE FAMILIA

- Enfatizar la consejería en los aspectos negativos del uso, de tabaco, drogas y alcohol
- El uso de tabaco, drogas y alcohol puede producir adicción, es decir, provoca la necesidad de su presencia en el organismo.
- Produce cáncer pulmonar, de boca, laringe, esófago, páncreas y vejiga.
- Problemas respiratorios.
- Problemas cardiovasculares.
- Daño a nivel del sistema nervioso central.
- Daños en el estómago e intestinos: hay un exceso de acidez en el estómago, lo que favorece la aparición de úlceras, y también hay una irritación constante de los intestinos, que pueden desencadenar desórdenes en las cantidades y consistencia de las deposiciones.

VER MANUAL DE JUVENTUD ESSALUD

## FICHA DE RIESGO EN ESTILOS DE VIDA DE LOS NIÑOS ADOLESCENTES DE 5 A 17 AÑOS

NOMBRES APELLIDOS .....

EDAD : ..... SEXO: M ( ) F ( )

- |   |   |     |
|---|---|-----|
| 1 | Problemas relacionados con el uso del tabaco            | ( ) |
|   | a) Frecuencia   | ( ) |
|   | b) Tiempo de Consumo                                    | ( ) |
|   | c) Motivo del consumo                                   | ( ) |
| 2 | Problemas relacionados con el uso de alcohol            | ( ) |
|   | a) Frecuencia   | ( ) |
|   | b) Tiempo de Consumo                                    | ( ) |
|   | c) Motivo del consumo                                   | ( ) |
| 3 | Problemas relacionados con el uso de drogas             | ( ) |
|   | a) Frecuencia   | ( ) |
|   | b) Tiempo de Consumo                                    | ( ) |
|   | c) Motivo del consumo                                   | ( ) |
| 4 | Problemas relacionados con la falta de ejercicio físico | ( ) |
| 5 | Problemas relacionados con la conducta sexual de riesgo | ( ) |

Marcar con un aspa, según corresponda, los recuadros afirmativos y referir al psicólogo, o al especialista correspondiente, al identificar algún factor de riesgo.

Fecha :

Firma:

## 1.6 CONSEJERIA – ORIENTACION SEGUIMIENTO

### ATENCIÓN PROFESIONALES DE LA SALUD

Se realizarán actividades de consultoría a todo adolescente que acuda a los servicios salud, por personal entrenado, idóneo y perfil adecuado.

- Desarrollo de consejería integral personalizada
- Interconsulta o referencia a través de la calificación de daño o riesgo y/o referencia
- Monitoreo y seguimiento de los casos detectados citas a futuro y elaboración de historia clínica.

Se entiende por orientación el de asistir (ayudar) a individuos o grupos a tomar decisiones informadas fundamentadas para el cambio de comportamiento de acuerdo a sus circunstancias particulares. Es considerado un proceso de doble vía, basado en una información específica y en donde se provee educación a personas que ya están motivadas.

- Es un proceso por el cual una persona (el/la usuario/a) decide por su propia cuenta- bien sea a gusto o no- discutir un problema personal con un profesional
- Busca por medio de entrevista brindar información, orientación y/o soporte emocional al usuario sobre todos los aspectos de SALUD en general además de la Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo ITS/SIDA y estilos saludables de vida.
- Se da dentro de un encuadre (en un consultorio, con una entrevista no menor de 20 minutos)
- Implica siempre una actitud de escucha en un ambiente privado y confidencial
- Crea las condiciones para la toma de decisiones

Consejería.....

No es solamente dar información  
No es dar consejos y/o sugerencias  
No es influenciar en los demás  
No es dar soluciones o tomar decisiones por el consultante  
No es exponer nuestro punto de vista u opinión sobre un tema o problema

La orientación y consejería es una parte vital en los servicios de salud, y debe brindarse en forma especial a la población. Esta debe centrarse en las necesidades y en la situación pasada, actual y futura de cada uno de ellas y ellos.

### CALIDAD DE LA ATENCIÓN

- Debe ser personalizada
- Deben ser tratados con dignidad
- La privacidad debe ser mantenida y respetada
- No deben verse obligados a esperar mucho tiempo antes de que se ofrezca el servicio.
- El lugar y/o espacio debe ser accesible.
- El horario de atención debe ser exclusivo, y deben tratar de cubrir las necesidades especiales de los niño/adolescentes y/o responsables del cuidado de los mismos.

### PERFIL / CUALIDADES DE LA PERSONA ORIENTADORA

- Empatía
- Honestidad
- Consideración positiva.
- Tolerancia
- Congruencia
- Confidente
- Respetuosa

- Responsable
- Comprensiva
- Amable
- Flexible

#### ACTITUDES DEL ORIENTADOR / CONSEJERO PARA ADOLESCENTES

- Escuchar y responder a las demandas del adolescente.
- Asistir al adolescente para que evalúe sus propios sentimientos y opiniones en relación con el problema por el cual solicita ayuda.
- Brindar información adecuada para ayudar al adolescente a tomar una decisión fundamentada.
- Acompañar al adolescente en el proceso de toma de decisiones.
- Servir de soporte emocional al adolescente.

#### CARACTERÍSTICAS DE UNA SESIÓN DE CONSEJERÍA

- Es un espacio creado por la interacción del adolescente con una persona preparada para escucharle y está en condiciones de ofrecerle ayuda sin restricción ni prejuicio alguno, con suficiente conocimiento como para brindarle la información que necesita.
- El adolescente descubre sus propias potencialidades y recursos para ayudar así mismo a enfrentar no sólo los conflictos actuales, sino que constituye en una experiencia enriquecedora y organizadora para enfrentar eventos futuros.
- La orientación debe ayudar al adolescente a ejercer control sobre su destino y tomar decisiones mediante un modelo racional de toma de decisiones.

#### PASOS DE UNA CONSEJERÍA

- Inicie a la hora establecida.
- Salude cordialmente al adolescente.
- Preséntese con amabilidad. "Hola mi nombre es ....."
- Pregúntele como le gusta que la/lo llamen.
- Trátele(a) en todo momento con respeto.
- Pregúntele el motivo de su visita.
- Recálquele que se respetará su privacidad y confidencialidad.
- Si se trata de un adolescente nuevo, es necesario tomar sus datos personales.
- Establezca el rapport (clima de confianza entre el orientador y la/el adolescente)
- Establezca el encuadre (principalmente horarios y duración de la consejería)
- Empiece a conversar con el y/o la adolescente para priorizar sus necesidades.
- Obtenga datos relevantes personales y de su familia.
- Deje que la/el adolescente sea quien hable y defina mentalmente las necesidades de la y/o el adolescente.
- Brinde la información necesaria cuando la/el adolescente lo solicite.
- Haga que él/la adolescente analice, reflexione y encamine la orientación hacia la alternativa más apropiada e informada.
- Reasegure la comprensión del adolescente.
- Cierre la entrevista y establezca el plan de seguimiento.
- Antes de finalizar pregunte al adolescente como se siente.
- Concluya en la hora establecida.

#### SITUACIONES ESPECÍFICAS Y ESPECIALES DE CONSEJERÍA A ADOLESCENTES

##### ORIENTACIÓN A ADOLESCENTES QUE NO SON SEXUALMENTE ACTIVOS AÚN.

- Se debe fortalecer su autoestima.
- Reforzar la comunicación asertiva y la toma de decisiones.
- Enfatizar proyecto de vida.
- Enseñar a negociar.
- Informar sobre sexualidad y salud reproductiva e higiene.

##### ORIENTACIÓN A ADOLESCENTES QUE SON SEXUALMENTE ACTIVOS QUE NO PRESENTAN CONSECUENCIAS.

- Realizar lo señalado en el punto 1.
- Descartar embarazo y despistaje de ETS.
- Proveer información completa y enseñar el uso correcto de anticonceptivos.
- Explicar y demostrar el uso del preservativo.

##### ORIENTACIÓN A ADOLESCENTES QUE SON SEXUALMENTE ACTIVOS Y PRESENTAN CONSECUENCIAS.

- Realizar lo señalado en el punto 1.
- Enfatizar la comunicación padre/madre e hijos, para comunicar la noticia.
- Brindar soporte emocional a la madre, padre y adolescente.
- Desarrollar habilidades de paternidad y maternidad responsable.
- Diagnóstico y Control de embarazo lo más temprano posible.
- Derivar para la atención del Parto y Postparto.
- Brindar información sobre las consecuencias del Aborto.
- Uso correcto de anticonceptivos.
- Informar completa sobre las ETS.
- Derivar para el diagnóstico y tratamiento de ETS.

##### ORIENTACIÓN A ADOLESCENTES EN EL CASO DE ABUSO Y VIOLENCIA SEXUAL

- Brinde soporte psicológico y apoyo emocional.
- Desculpabilice al adolescente.
- Ayúdele a recobrar la autoestima.
- Contrarreste la ansiedad o los sentimientos depresivos.
- Haga la referencia al especialista.

##### ORIENTACIÓN A ADOLESCENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- Verificar el diagnóstico de la presencia o no de ETS.
- Dar información sobre las ETS.
- Consejería en la cuatro C:
  - Consejería para el cambio de conducta hacia menor riesgo.
  - Condones, promoción de su uso y provisión de los mismos.
  - Contactos o parejas sexuales (referencia y tratamiento).
  - Cumplimiento del tratamiento.
- Referir al especialista para el tratamiento rápido y oportuno de la ETS.

## **ORIENTACIÓN A ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DISFUNCIONALES SEXUALES**

- Determinar si realmente estamos frente a una disfunción sexual.
- Averiguar por los sentimientos de la adolescente, sus actitudes frente a su sexualidad, factores religiosos, o posibles enfermedades.
- Averiguar cuánto conoce sobre sexualidad, sobre respuesta sexual humana y brindarle información necesaria.
- Proponer y realizar la referencia a un profesional especializado.

## **1.7.SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE L@S ADOLESCENTES.**

### **ATENCIÓN OBSTETRIZ**

#### **Definición :**

Actividad dirigida al usuari@ con factores de riesgo identificados para determinar el avance en la recuperación del equilibrio en Salud Sexual y Reproductiva.  
Se realiza a través del seguimiento periódico del usuari@.

#### **PROCEDIMIENTO :**

- Paso 1 : Recepción del usuari@
- Paso 2 : Revisión de riesgos identificado en el tamizaje.
- Paso 3 : Identificación de los recursos personales del usuari@ para afrontar los Riesgos y daños relacionados a la salud reproductiva.
- Paso 4 : Determinación del Plan de Seguimiento
- Paso 5 : Recita y/o despedida del usuari@

La Atención Básica de Servicios de Salud al Adolescente es el conjunto de prestaciones e intervenciones que se brindan a la población adolescente para enfrentar sus principales problemas de salud sexual y reproductiva.

### **LA PRESTACIÓN BÁSICA DE SALUD REPRODUCTIVA DE LAS Y LOS ADOLESCENTES COMPRENDE:**

#### **ATENCIÓN INTEGRAL BÁSICA DEL ADOLESCENTE.**

- Tamizaje de Riesgos.
- Orientación / Consejería.
- Atención Integral del Adolescente para evaluar cambios relacionados a la sexualidad (maduración sexual, riesgos sexuales y reproductivos, conducta sexual, identidad sexual, relaciones interpersonales, etc.)
- Información y educación para desarrollo de estilos de vida saludable (autoestima, asertividad, toma decisiones, habilidades sociales).
- Prevención y detección de la violencia y abuso sexual.
- Detección y manejo de la morbilidad del aparato reproductor.
- Atención y acceso voluntario a la Planificación Familiar y sexual de las enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades frecuentes del adolescente.
- Detección temprana de cáncer de cuello y mama.
- Prevención y detección de la violencia familiar y sexual, ETS, y otras enfermedades frecuentes del adolescente.
- Prevención y detección de signos de alarma en salud sexual y reproductiva.
- Detección precoz del riesgo pre-concepcional.
- Detección precoz y Control Pre-Natal de la adolescente embarazada.

## TAMIZAJE DE RIESGOS

### DEFINICIÓN

Actividad orientada a detectar tempranamente riesgos para la Salud Sexual y Reproductiva en el usario adolescente y joven. Se realiza aplicando la ficha de riesgo pre-concepcional o reproductivo. (Ver Manual de Atención de la Mujer)

### ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA.

Ver Manual de Atención Integral de la Mujer (EsSalud), Guías Nacionales de Salud Reproductiva (MINSA), Manual de Capacitación para facilitadores: Mejorando habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva (Pathfinder-USAID)

Atención Integral del Adolescente para evaluar cambios relacionados a la sexualidad (maduración sexual, derechos sexuales y reproductivos, conducta sexual, identidad sexual, relaciones interpersonales, etc.)

Ver Manual de Atención Integral de la Mujer (EsSalud)

Información y educación para desarrollo de estilos de vida saludable (autoestima, asertividad, toma de decisiones, habilidades sociales).

Contenido de la Psicoprofilaxis en Salud Sexual y Reproductiva de l@s Adolescentes

Los objetivos de capacitar a l@s adolescentes en temas relacionados a la sexualidad son:

- Lograr el desarrollo de un pensamiento crítico que posibilite la adopción de actitudes positivas hacia la sexualidad, entendida como elemento inherente al ser humano, más que la acumulación de contenidos e información.
- Favorecer el proceso a través del cual es posible reconocerse, identificarse y aceptarse como ser sexual y sexuado durante todo el transcurso de la vida sin temores, angustias ni sentimientos de culpa.
- Favorecer el desarrollo de roles sexuales en el marco de una dialéctica de valores basada en los derechos humanos, que propicie relaciones de respeto y equidad entre las personas, superando toda discriminación de género.
- Revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos en sus relaciones entre sí, más allá de vínculo de la pareja.
- Favorecer un mayor conocimiento y vínculo con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento del autocuidado de la salud.
- Favorecer la adopción de conductas sexuales conscientes, placenteras, libres y responsables hacia uno mismo y los demás.
- Propiciar la comunicación en la pareja y en la vida familiar promoviendo relaciones equitativas y horizontales dentro del hogar, destacando el respeto y consideración que como personas merecen todos y cada uno de sus integrantes, cualquiera que sea su sexo, edad y condición.
- Promover criterios equitativos y conductas de responsabilidad compartida en la pareja, tanto en la procreación y el cuidado de la descendencia como frente a la decisión y el empleo de métodos anticonceptivos.
- Promover conductas de responsabilidad recíproca en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

### LOS TALLERES QUE SE DESARROLLAN SON LOS SIGUIENTES:

MODULO I	Situación actual del adolescente en el Perú. Conceptos básicos sobre sexo, sexualidad, genitalidad, coito, etc
MODULO II	Adolescencia - Aspectos físicos, psicológicos y sociales Habilidades psicosociales: autoestima, asertividad, etc
MODULO III	Aspectos biológicos relacionados con la reproducción. Prevención del embarazo en la adolescencia
MODULO IV	Maternidad y Paternidad Responsable. Métodos de Planificación Familiar. Cuando ser padre, cuando ser madre.
MODULO V	Derechos Sexuales y Reproductivos. Prevención de ETS – SIDA.
MODULO VI	Abuso Sexual y Cáncer Ginecológico
MODULO VII	Toma de decisiones y Proyecto de vida
MODULO VIII	Valores y Liderazgo

Dichos talleres deben de estar complementados con actividades deportivas y recreativas: danzas, teatro, manualidades, que ayudaran al adolescente a desarrollar su creatividad y además una posibilidad de crear su propia fuente de trabajo. De igual manera se considerarán los talleres para padres y maestros. (para ver el contenido de los talleres, ver Manual de Atención Integral a la Mujer)

### PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL.

Los pasos a seguir en casos de abuso sexual es:

- Recopilar la información
- Plantear al adolescente que requiere una atención médica para detectar lesiones físicas.
- Promover que haga la denuncia respectiva: informar a la autoridad pertinente.
- Realizar coordinación con las defensorías.
- Evaluar problemas asociados
- Referir al médico o psicólogo según sea el caso

### DETECCIÓN Y MANEJO DE LA MORBILIDAD DEL APARATO REPRODUCTOR

Ver Manual de Atención Integral a la Mujer

### ATENCIÓN Y ACCESO VOLUNTARIO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SEXUAL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS ENFERMEDADES FRECUENTES DEL ADOLESCENTE.

La Provisión de Métodos Anticonceptivos (MAC) esta sujeta a los programas de Educación Sexual y en considerar que solo se puede proveer de MAC a aquellos adolescentes que tengan 16 años + Este suministro es una de las medidas para la reducción de embarazos en adolescentes

- Anticonceptivos Orales (Píldoras):
  - Monofásicos de 20 ó 30 mcg o trifásicos
  - Son muy seguros
  - No protegen contra ETS
  - Su uso relativamente es frecuente asociado a condones
- Condones
  - Protege contra ETS Y SIDA, además de ser método anticonceptivo
- Depo-provera
  - Método hormonal de depósito trimestral
- Dispositivo Intrauterino.

#### Métodos Naturales.

- El ritmo (Ogino Knaus), método de moco cervical (Billings), método de lactancia materna exclusiva, método de la temperatura basal.  
Para ver uso, mecanismo de acción, efectos secundarios, contraindicaciones, ver Manual de Atención en la mujer.
- Detección temprana de cáncer de cuello y mama  
(Ver Manual de la Atención de la Mujer)
- Prevención, detección y manejo de ETS, y otras enfermedades frecuentes del adolescente  
(Ver Manual de ETS-SIDA, Manual de Atención Integral a la Mujer)
- Prevención y detección de signos de alarma en salud sexual y reproductiva.  
(Ver Manual de la Atención de la Mujer)
- Detección precoz del riesgo pre-concepcional.  
(Ver Manual de la Atención de la Mujer)
- Detección precoz y Control Pre-Natal de la adolescente embarazada.  
(Ver Manual de la Atención de la Mujer)

#### PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES. (PARTICIPACIÓN DE MÉDICOS Y EQUIPO PROFESIONAL)

##### ABUSO SEXUAL

Adolescente que refiere presión para realizar actividades sexuales en contra de su voluntad, acoso, manoseo, violación y otros.

##### MANEJO

- Recopilar la información relacionada con el caso.
- Plantear al adolescente que requiere una atención médica para detectar lesiones físicas.
- Promover que el adolescente haga la denuncia respectiva.
- Documentar gráficamente lesiones (revisar)
- Informar a la autoridad pertinente.
- Realizar coordinación con las defensorías de menores o autoridades.
- Averiguar sobre penetración contra su voluntad.
- Buscar presencia de semen, aunque esté seco.
- Proceder a realizar examen pélvico.
- Tomar muestra de sangre para serología de sífilis y VIH (SIDA)
- Evaluar problemas asociados (Trauma psicológico, presencia de laceraciones y otros, prevención e enfermedades de transmisión sexual y prevención de gestación).

##### FLUJO VAGINAL EN ADOLESCENTES

Normal o fisiológico: es de color blanquecino o transparente, puede tener variaciones en cantidad y consistencia durante el ciclo menstrual o el embarazo, pudiendo manchar ligeramente la ropa interior. No está asociado con mal olor, picazón o ardor vaginal.

Patológico: es de color amarillento/verdosos/ achocolatado, en cantidad abundante o asociado con mal olor, picazón o ardor vaginal, en este caso derivar al especialista.

##### MANEJO

- Pregunte sobre síntomas asociados.
- Averigüe si tiene relaciones sexuales
- Descartar enterobius, cuerpo extraño en vagina      Buscar signos de relaciones sexuales (laceraciones recientes del himen).
- Orientación en medidas de higiene

##### ADOLESCENTE ACUDE POR SANGRADO

- Definir adecuadamente los problemas menstruales.
- Averigüe síntomas asociados.
- Evaluar signos de anemia o hipovolemia
- Averigüe si tiene relaciones sexuales
- Descartar embarazo.
- Averigüe si tiene fiebre.
- Realice examen de abdomen.
- Realice examen con espéculo.
- Realice Tacto Vaginal
- Si todo es negativo, considerar el diagnóstico de hemorragia uterina disfuncional (HUD).
- Si en el establecimiento no existe un personal capacitado para realizar examen pélvico y legrado uterino, transferir a la paciente.

##### HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL (HUD).

Si sangrado es leve y sólo hay dolor :

- Analgésicos (aspirina, ibuprofen)
- Sulfato ferroso 60 mg., 1 tableta, una hora ante de los alimentos.
- Reposo, colocar bolsas de agua caliente en hemiabdomen inferior.

Si el sangrado es moderado :

- Referir el caso al médico especialista.
- Se puede administrar anticonceptivos orales combinados, de dosis baja.
- De no mejorar, transferir el caso a un establecimiento con especialista adecuadamente capacitado

Si el sangrado es severo (con signos de hipovolemia).

- Mejorar el estado hemodinámico.
- Referir el caso a un establecimiento de salud con capacidad resolutive (idealmente, con especialista adecuadamente capacitado)

Inicio de relaciones coitales o ha tenido un embarazo

Las relaciones coitales entre adolescentes se vienen dando a edades cada vez menores en los últimos años. En muchos casos los jóvenes lo hacen por presión del grupo de amigos o de la pareja, sin un autentico convencimiento, y en otros, por mera curiosidad. El principal problema relacionado con la actividad sexual en la Adolescencia es la combinación de una madurez física y reproductiva con inmadurez psicosocial, inexperiencia y falta de responsabilidad.

Asimismo, el embarazo en Adolescentes que es una de las mayores preocupaciones médicas se ha incrementado notablemente como resultado de la actividad coital a edades menores sin el uso adecuado de medidas anticonceptivas.

## MANEJO

- Orientación al adolescente sobre su derecho a decidir sobre sus actos y las consecuencias de las relaciones coitales así como en la abstinencia (no sexualmente activos)
- Orientar sobre las caricias compartidas voluntariamente, así como de la masturbación como alternativas.
- Orientar con respecto a la decisión de la pareja.
- Dar orientación sobre anticoncepción, prevención de ETS.

Motivar a que se haga participar a su pareja (en los sexualmente activos) en los aspectos relacionados con su salud reproductiva. (Ver el manual de Mujer/Mujer Gestante)

En caso de no contar con personal de obstetricia, las actividades las realizará el personal capacitado y entrenado.

## VI CAPITULO

### PRESTACIONES BÁSICAS DE SALUD INTERVENCIÓN EN EL USUARIO CON DAÑO

#### INTERVENCIÓN EN EL DAÑO

Actividad dirigida al adolescente con daño, desarrollando actividades de promoción secundaria, además de lo anterior, desarrollado en este manual dentro de cada daño priorizado.

#### EVALUACIÓN CLÍNICA

Las claves del éxito de la consulta de salud del niño/ adolescente radican en:

- Establecer una relación personal de salud - paciente empática.
- Asegurar la confidencialidad de la atención.
- Entrevistar y examinar al niño/adolescente solo, excepto situaciones puntuales.
- Evitar el rol parental, tanto como el rol del niño/adolescente.
- Hacer partícipe a la familia.
- Estimular autonomía y responsabilidad del autocuidado de la salud.
- Escuchar activamente, observar comunicación no verbal, hacer preguntas abiertas.
- Establecer alianzas terapéuticas.
- Crear una ambientación adecuada y acceso fácil a los servicios de salud.
- Incluir establecimientos distintos a servicios de salud para realizar actividades de promoción de salud: escuelas, centros comunitarios, clubes deportivos.

La dinámica habitual de una visita de un niño/adolescente se considera un contacto inicial con el niño/adolescente y su acompañante que permita indagar los motivos de consulta de ambos, que pueden ser diferentes, y observar la interacción entre ellos. Luego se realiza la anamnesis y el examen físico completo, de preferencia con los padres para los niños menores y el adolescente sólo. Al final de la consulta se discuten los hallazgos de la supervisión de salud, el diagnóstico, el plan terapéutico y se reúne al adolescente y su acompañante para se entregan las recomendaciones.

- Examen físico del niño/adolescente se debe realizar por sistemas y regiones.
- Antropometría (peso, talla, etc.)
- Estadios de maduración sexual.
- Glándulas mamarias para detectar tumoraciones.
- Testículos para detectar tumores y varicocele.
- Presión arterial con mango apropiado al tamaño del brazo.
- Estado dental y desarrollo dentó facial.
- Columna Vertebral.
- Buscar signos sugestivos de trastornos endocrinológicos.
- Evaluación de agudeza visual y audición.
- Examen ginecológico periódico (adolescentes sexualmente activas). Y evaluación médica en los varones sexualmente activos y en particular si tiene relaciones homosexuales descartar ETS/VIH SIDA Hepatitis B.

## NEONATOLOGÍA

### INTRODUCCIÓN

El presente capítulo tiene como finalidad resumir en forma práctica los principales aspectos diagnósticos, terapéutica y prevención de las principales patologías del paciente neonato. De otro lado se sugieren pautas de derivación de pacientes de alto riesgo a niveles de atención mayor.

### PREVENCIÓN EN NEONATOLOGÍA:

Se basa en los siguientes aspectos:

- Control prenatal - Desde el primer mes de gestación
- Seguimiento Embarazo del riesgo - Detectar y controlar al dúo madre - feto en niveles de atención III y V
- Conocer Criterios de Derivación y Transporte, Intrauterino y pos parto.

### MANEJO DEL RECIÉN NACIDO(RN) SANO.

#### EL NEONATO SANO

Atención Básica: Datos de historia clínica prenatal, antecedentes de patologías durante y previas al embarazo, historia de otros embarazos y datos de control prenatal (ecografías, laboratorio) Chequear equipo mínimo de reanimación (oxígeno, ambú con máscara, aspiración, etc.) temperatura más lo incluido en el primer control.

### RECIÉN NACIDO DE RIESGO Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN A HOSPITALES III Y IV:

- A Derivación fetal uterina: Cuando se detectan problema.
- En el embarazo: Diabetes, Hipertensión, Infección Urinaria, Ruptura prematura de membranas
  - En el trabajo de parto: Hemorragia, circular de cordón sufrimiento fetal.
- B Derivación Postparto de inmediato.
- Depresión respiratoria (APGAR < 7 a los 5 minutos)
  - Dificultad respiratoria moderada-severa
  - Prematuro  $\leq$  34 semanas y/o peso < 2,000 gramos
  - Malformaciones congénitas severas y/o que permitan manejo especializado.
  - APNEA
  - Alteraciones hemodinámicas (SHOCK) de cualquier etiología.

Signo / Puntaje	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	Menos de 100 latidos por minuto	Más de 100 latidos por minuto.
Esfuerzos Respiratorios	Ausente	Débil e irregular	Llanto Vigoroso
Tono muscular	Flácido	Ligera Flexión	Movimientos Activos
Irritabilidad	Ausente	Ligera respuestas muecas	Tos estomudos
Color de Piel	Cianosis/Palidez	Rosado con Acrocianosis	Completamente Rosado

C. Derivación luego de las 24 horas de vida:

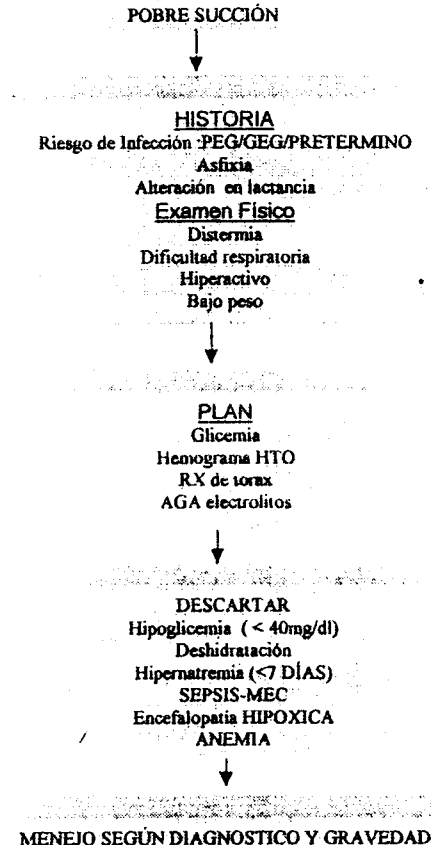
- Sepsis probable
- Ictericia patológica
- APNEA
- Trastornos metabólicos.
- En casos donde se requiera de equipo o especialistas para completar el diagnóstico y/o tratamiento de paciente, según criterio del médico.

D Derivación al alta para seguimiento

Problemas de lactancia.

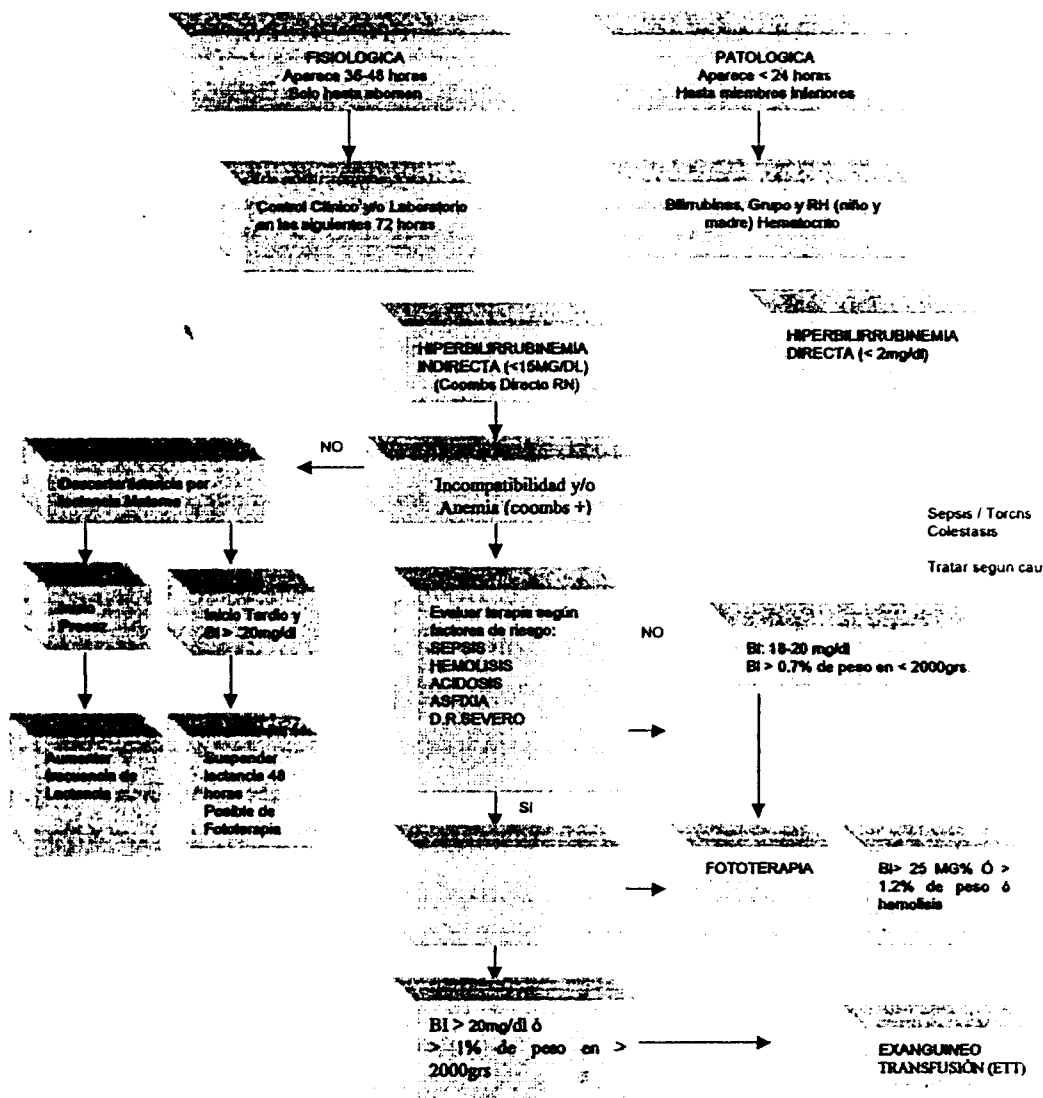
Pobre ganancia de peso

Criterio relativo: GEG, PEG, Infecciones superficiales.

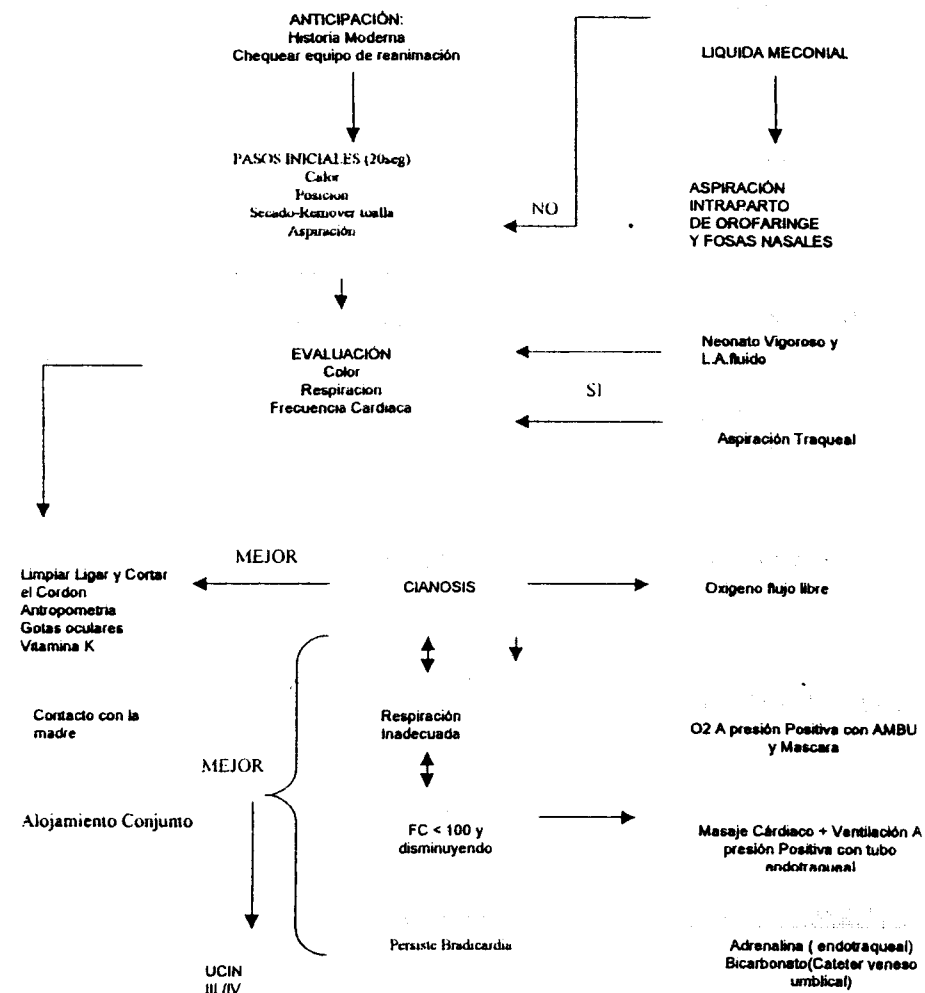




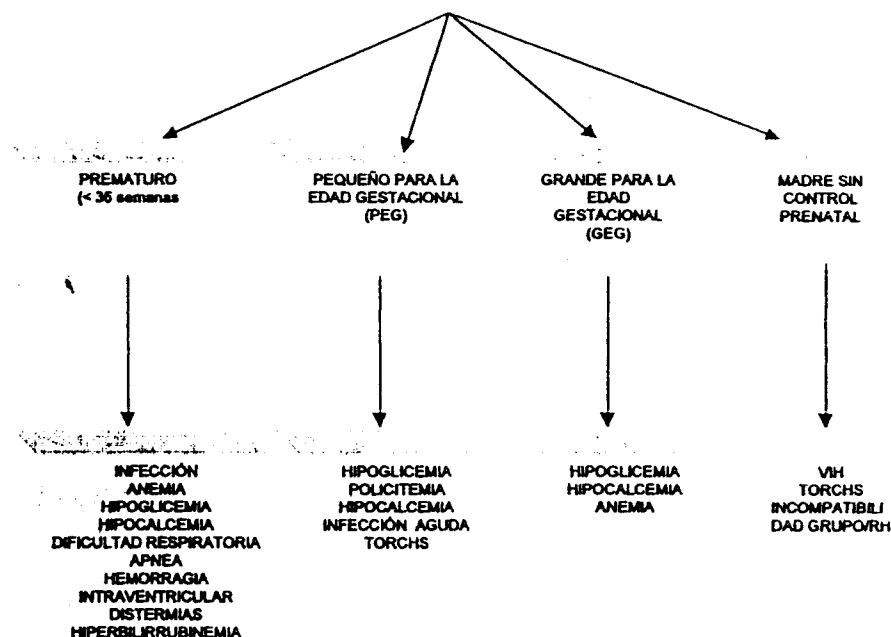
# ICTERICIA NEONATAL



# REANIMACIÓN NEONATAL



## NEONATO DE RIESGO



## PATOLOGÍA NEONATAL MÁS FRECUENTE:

- Ictericia
- Dificultad respiratoria.
- Infección aguda/crónica
- Prematuridad Bajo peso
- Depresión /Asfixia
- Malformaciones/cromosomopatías
- Trastornos Metabólicos
- Trastornos de Lactancia Materna.

## DEPRESIÓN Y ASFIXIA NEONATAL

### DEFINICIÓN

Síndrome clínico caracterizado por depresión cardiorespiratoria secundaria a:

- Isquemia y/o hipoxemia tisular fetal
- Hipercarbica
- Acidosis metabólica

### ETIOLOGÍA

- Enfermedad materna grave
- Periodo de dilatación prolongado.
- Embarazo prolongado o pretermino
- Desprendimiento placentario.
- Malformación congénita

### DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se sospecha por pruebas de bienestar fetal alteradas y/o por el cuadro clínico de depresión cardiorespiratoria al nacer o en el periodo neonatal, y se comprueba por la presencia de acidosis metabólica, hipoxemia e hipercarbica.

### MANEJO

Inmediatamente al nacer:

#### Pasos Iniciales

- Colocarlo en una mesa bajo fuente de calor radiante
- Secarlo completamente
- Posicionarlo en decúbito dorsal con la cabeza en ligera hiperextensión.
- Aspirar primero la boca, después la nariz
- Si el neonato no respira se le hará un estímulo táctil con 2 palmadas en la planta del pie ó frotándolo el dorso de la espalda
- Este procedimiento no debe llevar al operador más de 20" (seg.)
- Si el neonato hasta el momento ya ha establecido un llanto enérgico ó un patrón respiratorio adecuado se procederá a evaluar la frecuencia cardíaca y si esta se encuentra > 100 latidos / minuto se evaluará el color:
  - Rosado ó con Acrocianosis: Se le llevara con la madre y se mantendrá en observación cuidadosa de funciones vitales y el color cada 30 minutos, las primeras 4 horas y posteriormente en cada turno. La única excepción a este procedimiento la constituye el niño con líquido meconial espeso("como puré de alverja"), en el que se seguirá el siguiente procedimiento:

- Aspiración de boca y fosas nasales cuando sale la cabeza, antes de desprenderse los hombros del canal del parto. La maniobra podrá ser realizada por el obstetra. En el caso de cesárea se procederá de manera similar.
- Antes de sacar al bebé, se procederá a aspirar la hipofaringe con una sonda 10 Fr o mayor. Si el bebé llora o tiene una respiración adecuada, se procederá a secarlo y manejarlo como a los demás neonatos.
- Si estuviera deprimido, se intubará orotraquealmente, y se aspirará la laringe y traquea, usando el tubo traqueal como sonda de aspiración, unido a un dispositivo "aspirador de meconio" que posibilitará la succión intermitente con, mínima resistencia retirándolo progresivamente. Si continúa saliendo meconio denso, la maniobra puede ser repetida.

## 1. VENTILACIÓN A PRESIÓN POSITIVA

Si en los primeros 20'' segundos el neonato pese al estímulo táctil no establece respiración espontánea o si aún respirando, no tuviera una frecuencia cardíaca por encima de 100 x minuto, se le dará ventilación a presión positiva con bolsa y máscara, con oxígeno al 95 - 100 % verificando mediante la expansión torácica y la auscultación en huecos axilares o en vértice pulmonares, el pasaje del murmullo vesicular en cada ventilación y evaluando el resultado de este procedimiento cada 15 a 30 segundos. Se observará la aparición de respiración, la mejoría del patrón respiratorio, o el incremento de la frecuencia cardíaca, según sea el caso. Una vez superados los signos clínicos que originaron la aplicación de VPP (Apnea ó FC < 100 x minuto.) se suspenderá esta. Si esto ocurre evaluaremos el color. Si el niño presenta cianosis central se administrará oxígeno a flujo libre. Si tiene acrocianosis y está rosado retiraremos progresivamente el oxígeno, lo abrigaremos y lo transporta donde pueda ser observado y controlada sus funciones vitales como en el anterior caso. En el caso del líquido meconial espeso, deberá aspirarse el contenido gástrico a los 5' minutos de nacido el bebé, para evitar broncoaspiración meconial como consecuencia de vómito posterior.

## 2. MASAJE CARDIACO

A los 15 a 30 segundos de VPP con O<sub>2</sub> al 95% a 100%, se controlará la FC:

- Si FC ≤ 60 x min., se iniciará masaje cardíaco
- Si la FC > ó = a 60 x min, se continuará con VPP y se controla FC en 15'' a 30''
- Si la FC está entre 60 y 80 por minuto, con tendencia a subir se continuará con VPP.
- Si la FC se mantiene entre 60 y 80 por minuto y no va en aumento, se iniciará masaje cardíaco.
- Si la FC está entre 80 y 100 por minuto, continuaremos VPP
- Si la FC se encuentra por encima 100 por minuto y ya tiene el niño respiración espontánea, suspendamos la VPP.
- Si la FC se mantiene < 80 por min. Luego de 30'' de VPP con O<sub>2</sub> 95% a 100% y masaje cardíaco, está indicado iniciar medicación.

**Técnicas de masajes cardíacos.-** El masaje cardíaco externo consiste en compresiones rítmicas del esternón que:

- Comprimen el esternón contra la columna vertebral.
- Aumentan la presión intratorácica y hacen circular la sangre a órganos vitales

Existen 2 técnicas:

- **Técnica del pulgar:**  
Los dos pulgares son utilizados para deprimir el esternón, con las manos rodeando el tórax y los dedos fijados a la espalda.

## • Técnica de los dos dedos:

La punta del dedo medio y la del índice o anular de una mano son usada para comprimir el esternón. La otra mano es usada para dar soporte a la espalda del niño, a menos que se disponga de una superficie firme.

En ambas técnicas la posición del niño es la misma, con apoyo firme en la espalda y el cuello en ligera extensión. Las compresiones realizan a igual frecuencia y profundidad y en la misma localización: sobre el esternón, inmediatamente por debajo de la línea que atraviesa el pecho uniendo ambas mamilas

Dar 120 masajes por minuto y 3 masajes por cada ventilación

## 2 INTUBACION ENDOTRAQUEAL

Sino existe personal entrenado en intubación proseguir con VPP CON AMBU hasta su traslado a un centro asistencial de mayor nivel

	Apgar	
Depresión Moderada.....	<7	(al 1er minuto)
Depresión Severa.....	<4	(al 1er minuto)
Asfixia.....	<4	(al 5to minuto).

## DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RN

### A) ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA

Es un síndrome agudo debido a un déficit de surfactante en el RN, más frecuente en el prematuro y es dos veces más frecuente en el varón.

## ANTECEDENTES

- Nacidos con menos de 37 semanas
- Parto cesárea sin labor
- Madre con hemorragias pre-parto o intraparto
- RN con asfixia
- Madre Diabética
- Hermano anterior con antecedentes del SDR en su etapa neonatal

## CUADRO CLÍNICO

- Aparece al nacimiento ó poco después de nacido
- Inicialmente de poca intensidad y se agrava en horas subsiguientes.
- Polipnea
- Retracción Torácica Severa
- Quejido respiratorio

## DIAGNOSTICO

Rayos X - Densidad homogénea bilateral.

## TRATAMIENTO PREVENTIVO

- Evitar Prematuridad y la asfixia
- Líquidos ( 1er día => 60ml/kg/día)
- Evitar cambios bruscos de volemia
- Mantener adecuado estado metabólico y hemodinámico.
- Oxigenoterapia
- Derivación a nivel III ó IV

- **Técnica de los dos dedos:**

La punta del dedo medio y la del índice o anular de una mano son usada para comprimir el esternón. La otra mano es usada para dar soporte a la espalda del niño, a menos que se disponga de una superficie firme.

En ambas técnicas la posición del niño es la misma, con apoyo firme en la espalda y el cuello en ligera extensión. Las compresiones realizan a igual frecuencia y profundidad y en la misma localización: sobre el esternón, inmediatamente por debajo de la línea que atraviesa el pecho uniendo ambas mamilas.

Dar 120 masajes por minuto y 3 masajes por cada ventilación.

## 2 INTUBACION ENDOTRAQUEAL

Sino existe personal entrenado en intubación proseguir con VPP CON AMBU hasta su traslado a un centro asistencial de mayor nivel.

	Apgar	
Depresión Moderada.....	<7	(al 1er minuto)
Depresión Severa.....	<4	(al 1er minuto)
Asfixia.....	<4	(al 5to minuto).

## DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RN

### A) ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA

Es un síndrome agudo debido a un déficit de surfactante en el RN, más frecuente en el prematuro y es dos veces más frecuente en el varón.

#### ANTECEDENTES

- Nacidos con menos de 37 semanas.
- Parto cesárea sin labor
- Madre con hemorragias pre-parto o intraparto
- RN con asfixia
- Madre Diabética
- Hermano anterior con antecedentes del SDR en su etapa neonatal.

#### CUADRO CLÍNICO

- Aparece al nacimiento ó poco después de nacido
- Inicialmente de poca intensidad y se agrava en horas subsiguientes.
- Polipnea
- Retracción Torácica Severa
- Quejido respiratorio.

#### DIAGNOSTICO

Rayos X.- Densidad homogénea bilateral.

#### TRATAMIENTO PREVENTIVO

- Evitar Prematuridad y la asfixia
- Líquidos ( 1er día => 60ml/kg/día)
- Evitar cambios bruscos de volemia
- Mantener adecuado estado metabólico y hemodinámico.
- Oxigenoterapia.
- Derivación a nivel III ó IV

## B. TAQUIPNEA TRANSITORIA NEONATAL

Cuadro de dificultad respiratoria dado por taquipnea, de curso corto(3-4 días) y benigno, más frecuente a RN a término y nacido por cesárea.

#### DIAGNOSTICO

- Taquipnea
- Requebramiento bajo de oxígeno
- Mejoría a las 48 – 78 horas de nacido.
- Rx de tórax => Normal o congestión vascular y líquido en cisuras.

#### TRATAMIENTO

- Oxígeno
- Mantener vía oral si frecuencia respiratoria < 70 x min.
- Venoclisis si frecuencia respiratoria > de 70 x minutos.

## C SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO

Población de Riesgo.

Post madurez

Retardo del crecimiento intrauterino

Oligohidramnios

Hipoxia intrauterina (aguda o crónica).

Hallazgos radiológicos:

Infiltrado Grueso o Difuso, disociación clínica radiología.

#### MANEJO

- Evaluar el riesgo:
- Líquido meconial teñido claro o espeso
- Asfixia perinatal

#### MEDIDAS PREVENTIVAS

- Prevenir asfixia al nacimiento
- Reconocer el embarazo y feto de alto riesgo
- Monitoreización continua del bienestar fetal
- Nacimiento oportuno
- Succión nasal y orofaríngea intraparto
- Visualización cuerdas vocales y succión traqueal al nacimiento
- Maniobras de reanimación necesarias

#### MEDIDAS TERAPÉUTICAS

- Oxigenoterapia
- Hidratación EV.
- Antibioticoterapia
- Derivación a niveles III y IV.

## INFECCIONES NEONATALES

### A SEPSIS NEONATAL

- Sepsis neonatal .- Infección generalizada durante los primeros 28 días de vida documentada por hemocultivo positivo.
- Sepsis precoz.- Cuadro clínico que aparece antes de los tres días de vida
- Sepsis tardía.- cuadro clínico aparece después del séptimo día de vida. Se relaciona con infecciones nosocomiales en la mayoría de los casos.
- Sepsis Probable.- Cuadro clínico y/o de laboratorio compatible con infección generalizada en el recién nacido en el cual no sé aísla el agente etiológico en el hemocultivo.

### FACTORES DE RIESGO:

- Prematuridad y bajo peso
- Asfixia neonatal
- Anomalías congénitas mayores
- Maniobras de reanimación
- Procedimientos invasivos
- Cirugía en el recién nacido
- Fiebre materna
- Infección urinaria materna del tercer trimestre.
- Corionnionitis
- RPM > DE 12 HORAS
- Alteración en la calidad del líquido amniótico
- Parto Séptico

### CUADRO CLÍNICO

- Dificultad respiratoria
- Apnea
- Inestabilidad cardiovascular
- Letargia, irritabilidad
- Convulsiones
- Ictericia
- Hipotermia e Hipertermia
- Mala tolerancia oral
- Visceromegalia
- Cianosis de origen inexplicable
- Piel marmorea
- RN que "no luce bien"

### DIAGNOSTICO Y MANEJO

- 1 Identificación de la población en riesgo mediante una historia clínica completa.
- 2 Aplicación del test de riesgo para sepsis en caso RPM.

	0	1	2
RPM	< 12 horas	12-24 hrs	> 24 hrs
Tª materna (axilar)	< 37.3	37.3-37.8	> 37.8
Apgar	8-10	5-7	<5
Líquido Amniótico	Claro	Meconial	Fétido
		Sanguíneo	Purulento
Peso RN	>2,500	1,500-2,500	< 1,500

Puntaje de 0 - 3 implica bajo riesgo: Solicitar hemograma

Puntaje de > 4: Hemocultivo y terapia antibiótica

### 3 Evaluación Hemograma

Se considera valores de sospecha:

- Leucocitos > 25 mil/mm<sup>3</sup>
- Leucopenia < 5mil/mm<sup>3</sup>
- Relación inmaduros/neutrófilos > 0.2 y dudoso > 0.16
- Total de inmaduros > 2000/mm<sup>3</sup> y dudoso > 1800
- Neutrófilos totales < 1000 /mm<sup>3</sup>
- Granulaciones tóxicas
- Trombocitopenia <100 mil/mm<sup>3</sup>

### 4 Velocidad de Sedimentación

Edad (días) + 3= valor máximo normal en mm/hora

Cifras por encima de 15mm/h en cualquier edad son consideradas patológicas.

### 5 Hemocultivo en caso de iniciar antibióticos

### 6 Estudios del LCR para casos con sospecha de meningoencefalitis: Citoquímico, Gram y Cultivo

Realizar P.L. de control a las 48 -72 horas de iniciada la antibioticoterapia de acuerdo a la evolución clínica.

### 7 Urocultivo por punción suprapúbica si el sedimento es patológico.

### 8 Rx de tórax si hay signología respiratoria.

### 9 Otros exámenes de laboratorio en función del cuadro clínico

Tratamiento: Si escoré es mayor de 3 laboratorio anormal Antibioticoterapia (ampicilina + aminoglucosidos): de 5 a 21 días.

### Criterios de Derivación a otros niveles

- No mejoría clínica luego de 48 horas de terapia
- Signo de descompensación hemodinámica(shock)
- Otro criterio de derivación asociada (asfixia Prematuridad, etc.)
- Signos de meningoencefalitis(alteración del sensorio, convulsiones)

## B INFECCIONES PERINATALES O CONGENITA (TORCH)

Enfermedades Infecciosas adquiridas durante el embarazo transmitidas al feto a través de la vía transplacentaria, con manifestaciones sistemáticas como:

### SIFILIS CONGÉNITA

Es una infección sistémica contagiosa, de actividad prolongada y latente ó producida por el *T pallidum* y que atraviesa la placenta después del 4to al 5to mes de embarazo.

### DIAGNOSTICO

- I. Investigar antecedentes maternos, clínicos o VDRL(+)
- II. Características Clínica. En la mayoría de los casos cursa de forma asintomática.

a) Alteraciones mucocutáneas.- Presente entre 15-60 % de los casos.

- 1 Rinitis mucopurulenta o hemorragia. Piel cobriza.
- 2 Erupción bulosa, perioral y/o perinatal.
- 3 Erupción maculopapulosa en dorso del cuerpo, estrias labiales.

b) Alteraciones viscerales

Presente en el 90% de casos.

- 1 Hepatomegalia.
- 2 Ictencia
- 3 Neumonía alba
- 4 Nefrosis
- 5 Linfadenopatía (en el 50 % de los casos)

c) Alteraciones Hemáticas.

- 1 Anemia hemolítica con coombs negativo
- 2 Trombocitopenia

d) Alteraciones oculares

- 1 Coriorretinitis
- 2 Neuritis óptica

e) Alteraciones Neurológicas o del S.N.C.

- 1 Hidrocefalia comunicante
- 2 Afección del IV-VII par craneal parálisis
- 3 Aumento celularidad en el L.C.R.(50-200 cel/mm<sup>3</sup>)
- 4 Convulsiones
- 5 Infarto cerebral

f) Alteraciones óseas (más frecuente en miembros superiores)

- 1 Osteocondritis
- 2 Perostitis en femur, tibia, humero y costillas.

### III. LABORATORIO

- 1 Identificación directa de espiroqueta en la placenta, cordón umbilical líquido amniótico en microscopio con campo oscuro.  
VDRL. Título igual ó doble en relación al de la madre, sino existiera otra prueba al alcance.
- 2 RPR: Mayor que el título de la madre.
- 3 Inmuno fluorescencia directa.
- 4 IgM (treponemas específico)
- 5 LCR(aumento de la celularidad y proteínas)
- 6 RX huesos largos.

### TRATAMIENTO

La penicilina es el fármaco de elección.

- 1 Penicilina cristalina  
50.000 U/Kg/im c12 hrs (1era semana) y cada 8 horas (2da semana) por un término de 10 días. Si hay compromiso del SNC mantener Tto. Por 14 días.  
Se debe indicar después del tratamiento antimicrobiano: Serología mensual durante 6 meses hasta el 1er año de vida.  
Debe disminuir los títulos de VDRL hasta los 3 meses y hacerse no reactivo entre el 6to y 12 mo mes de nacido.

### RUBEOLA

Es una infección viral en madre y/o neonato y puede condicionar al afectar al afectar madre embarazada embriopatía rubeólica (1er trimestre) ó 2do y 3er trimestre fetopatía rubeólica.

### CUADRO CLÍNICO

- |              |           |  |
|--------------|-----------|--|
| 1            | Cardiacos | Estenosis pulmonar<br>Persistencia conducto arterioso<br>Coartación de aorta<br>CIA ó CIV<br>Miocarditis                   |
| 2            | SNC       | Microcefalia<br>Encefalitis<br>Cataratas<br>Glaucoma<br>Retinopatía, coriorretinitis<br>Sordera                            |
| 3            | Otros     | Hepatoesplenomegalia<br>Ictencia<br>Alteraciones de metafisis de huesos largos<br>Retardo en el crecimiento intrauterino.  |
| Diagnostico: |           | Anamnesis en la madre<br>Cuadro Clínico<br>Cultivo de orina (viral)<br>IgM específico contra rubéola (inmunofluorescencia) |

Manejo : RN: Vigilia estrecha. Vacunar después del 1er año de vida (12 a 15 meses).

## RECIE NACIDO CON VIRUS DEL VIH POSITIVO

El mecanismo de transmisión son:

1. **Mecanismo Vertical:** En esta etapa el virus puede atravesar placenta e infectar el producto en las primeras semanas de gestación, llegando a producir aborto o malformaciones congénitas.
2. **Mecanismos Horizontal:** Se presenta cuando el neonato se contagia a través de secreciones vaginales, leche materna o material hemático de la madre.

Periodo de incubación:

Variable desde 6 a 12 meses, para otros entre 3 a 40 meses

No se conoce con certeza el momento en que se realiza la transmisión del VIH en mujeres embarazadas. Existe más riesgo de transmisión perinatal si existen los siguientes factores:

- Madre con historia de hijos anteriores muertos
- Severidad de la infección en la madre
- SIDA en la madre dentro de los 15 meses posteriores al parto.
- Si la madre seroconvierte durante el embarazo o cercano a la concepción.
- Madre con el recuento bajo de CD4 durante la gestación.

Riesgos de transmisión perinatal entre 20 al 45%. El 80 % de los niños infectados mueren antes de los 5 años de edad y el 30 % fallece antes del 1er años de vida.

### CUADRO CLÍNICO

El paciente infectado dará manifestaciones después del 1er mes de vida :

1. Hepatomegalia, esplenomegalia.
2. Adenomegalias
3. Retraso en el crecimiento uterino
4. Moniliasis oral
5. Infección por patógenos comunes
6. En ocasión esta asintomático (1er mes de vida) es frecuente.

### DIAGNOSTICO

- Factor de riesgos positivos a VIH por padres.
- Cuadro clínico de sospecha
- Infección por gérmenes oportunistas
- Inmuno Serología positiva para VIH. (ELISA y/o westernblot)

### TRATAMIENTO

1. Gammaglobulina (IV) 250-500 mgr/Kg/dosis cada 15 días o 30 días
2. Uso de material desechable
3. Manejo para casos de riesgo con guantes
4. No necesita cuadro especial para su asistencia.
5. Zidovudina (AZT) en niveles IV, desde el nacimiento.

### CUIDADO DEL RN CON VIH+

1. Buen estado nutricional
2. Terapia temprana y vigorosa a las infecciones
3. Inmunizaciones según esquema, con síntomas no deben recibir BCG
4. Tenga buena calidad de Vida.

## VIRUS DE LA HEPATITIS B

El virus de la hepatitis B es el único para el cual se ha demostrado transmisión placentaria y perinatal. La evolución en neonatos evoluciona a la cronicidad en el 60 al 90% de los casos y se asocia en su evolución a la Cirrosis Hepática y el carcinoma hepatocelular

### TRANSMISIÓN

- Transplacentaria (5 AL 15 %)
- Durante el parto (90 %)
- Post parto (rara a través de la leche materna)

Puede producir parto prematuro y en un alto porcentaje cursa de forma asintomática.

### DIAGNOSTICO

- La mayoría asintomático (60 al 75%)
- Hepatitis clínica en el momento de nacer (2 al 3%)
- Detección de antígenos virales y anticuerpos contra estos (anticuerpos anti HbC tipo IgM)

### PREVENCIÓN

Madres portadoras de Virus Hepatitis B deben recibir :

- Gammaglobulina Hiperimmune
- Vacuna antiviral Hepatitis B

Gammaglobulina hiperimmune(administrar lo antes posible después del parto)

Dosis = 0, 5 ml (IM) 1 sola dosis)

Vacuna de Hepatitis B (3 dosis)

1era dosis = al nacer

2da dosis = 1er mes de la 1era dosis

3era dosis = 6to mes de la 1era dosis.

Por su poca frecuencia de transmisión no se contraindica la LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

### TRASTORNOS METABOLICOS

#### A HIPOGLICEMIA

#### DEFINICIÓN

Glicemia < 40 mg/dl en todo neonato.

Factores de Riesgos.

- RN de bajo peso.
- RN pretermino
- RN posttermino
- RN pequeño para la edad Gestacional
- RN grande para la edad Gestacional

- RN hijo de madre diabética
- RN hijo de madre toxémica
- Infusión EV de dextrosa a la madre antes o durante el parto, a razón de > 6g/hora(>120ml/hora de dextrosa la 5 %)
- Enfermedad hemolítica del RN
- Depresión y sufrimiento fetal
- Hipotermia
- Exanguinotransfusión
- Policitemia
- Síndrome de dificultad respiratoria
- Uso de tocolíticos (fenoterol, salbutamol)

## CUADRO CLÍNICO

Es inespecífico

- Letargia, apatía, irritabilidad, temores, hipotermia, apnea, cianosis, llanto agudo o débil, pobre succión convulsión, coma. El 50% puede cursar sin síntomas.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hipocalcemia, Hiponatremia o Hipernatremia, sépsis, asfixia, enfermedad del sistema nervioso central.

## MANEJO

Lo más importante es la prevención y el monitoreo constante de los neonatos con factores de riesgo para la hipoglicemia, de este modo se hará un diagnóstico precoz de un tratamiento oportuno. Entre las medidas preventivas están:

- Evitar las pérdidas de calor o hipotermia.
- Manejo adecuado del neonato con depresión, sepsis o enfermedad hemolítica
- Inicio precoz (1 hora) de la vía oral – siempre que sea posible en la población de alto riesgo.

Se iniciará la alimentación con la leche materna. En caso de que esto no sea posible se dará fórmula para succión o SNG y se hará hemoglucotest 1 hora y 3era hora de vida, si la glicemia es normal y hay buena tolerancia se continuará con alimentación enteral y se hará un nuevo control de acuerdo a evolución y factores de riesgo que tenga el paciente.

Si el paciente tiene valores de glucotest entre 30 y 40 mg/dl y está asintomático y con buena tolerancia oral se hará nuevo control de glucotest en 1 hora, si la glicemia no ha mejorado se iniciará tratamiento endovenoso.

Si el paciente tiene glucotest < 20mg/dl así esté asintomático y con buena tolerancia oral recibirá tratamiento endovenoso.

El tratamiento endovenoso con dextrosa al 10 % se aplicará en los casos señalados y en la hipoglicemia sintomática de la siguiente manera:

- Confirmar hipoglicemia con glucotest o en laboratorio.
- Minibolo EV de 0.2g/Kg de glucosa(2ml/Kg de dextrosa al 10% en 1 minuto.
- Continuar con infusión EV de dextrosa al 10 % para dar una velocidad de infusión de glucosa (VIG)\* de 5 – 8 mg/Kg/min(75-115ml/Kg/día de Dextrosa al 10-%)
- Control de glicemia 1 y 3 horas después del minibolo.
- Si se normaliza la glicemia y hay buena tolerancia oral por 2 tomas más, disminuir el vig.
- Control de glicemia 2 horas después del cambio del VIG.
- Si la glicemia es normal y hay buena tolerancia oral por 2 tomas más, se suspende el endovenoso.

Si hay recurrencia de la hipoglicemia a pesar de un tratamiento adecuado, se debe repetir el minibolo y aumentar el VIG en 1-2 mg/Kg/min. Si se lleva a un VIG > de 15 mg/Kg/min, considerar uso de hidrocortisona (5mg/Kg/día en 2 dosis) de no haber normalización de la glicemia.

## Hipoglicemia Persistente

Si VIG < 12 y no regula posibilidad de derivarlo a centro de mayor nivel

\* VIG = VOL (cc/K/día) x Concentración de dextrosa

144

## B HIPOCALCEMIA

### DEFINICIÓN

Calcio sérico total < 7mg/dl o calcio iónico < 4mg/dl

### ETIOLOGÍA

- Prematuro
- Depresión o Asfixia
- Ayuno prolongado

## CUADRO CLÍNICO

Es inespecífico. Apnea, Tremores, Convulsiones, Irritabilidad, clonus, Hiperreflexia, tono extensor aumenta, estridor (laringoespasmos).

La Hipocalcemia precoz en neonatos pretérmino usualmente es asintomático o tiene manifestaciones clínicas leves. La Hipocalcemia tardía puede presentarse con convulsiones.

Tratamiento.- Los RN pretérmino asintomáticos y sin otro problema asociado no requieren tratamiento.

Los RN de muy bajo peso y aquellos con patología asociada(asfixia, sépsis, SDR severo) deben recibir Ca profiláctico: 20 - 40 mg/Kg/d(3ml/Kg/d de gluconato de Calcio al 10 %).

En crisis hipocalcémica con convulsiones, apnea o tetania.

1-2 ml/Kg de gluconato de Ca al 10 % en 5' por vía EV.

Monitorear FC y lugar de infusión. Si FC disminuye 10 latidos x min. Suspender la infusión hasta que se recupere.

Repetir la dosis en 10' si no hay respuesta

Tratamiento de mantenimiento por vía oral o EV por 3 a 5 días (45 mg/Kg /d de Ca elemental)

## DESHIDRATACIÓN NEONATAL

### FACTORES DE RIESGO

- Bajo Peso
- Primigesta
- No control pre - natal.
- Trastornos de lactancia materna
- Anamnesis
- Caída de peso (> 10%).
- Mala técnica de lactancia
- Disminución de volumen frecuencia urinaria
- Irritabilidad, fiebre, diarrea(ocasional)



## EXAMEN FÍSICO

- Ictericia
- Mucosas Secas
- Fiebre

## EXAMEN AUXILIAR

- Electrolitos
- Hematocrito, Hemograma

## MANEJO

- Relactación VO > volumen de 200cc/Kg/día
- EV: shock
- Intolerancia GI
- Trastorno Neurológico. (opcional) usar SOG

## 5 ICTERICIA

### DEFINICIÓN

Coloración amarillenta de piel mucosas por aumento de bilirrubina en sangre y tejidos. Se objetiva en recién nacido cuando la bilirrubina sérica es >5 mg/dl

### TIPOS DE ICTERICIA

#### A) ICTERICIA FISIOLÓGICA

- Aparece generalmente después de las 36 horas de vida.
- En el RN a término:  
Bilirrubina < 13 mg/dl si toma leche artificial.  
Bilirrubina < 16 mg/dl si toma leche materna exclusiva.

#### B) ICTERICIA PATOLÓGICA

- Ictericia en las primeras 24 horas de vida.
- Ictericia que supera las cifras fisiológicas
- Incremento de la bilirrubina total > 5 mg/dl por día.  
Bilirrubina directa > 2 mg/dl.  
Ictericia Persistente:
  - 1 semana en RN a término
  - 2 semana en RN pretermino.
- (En RN que reciben lactancia materna exclusiva la ictericia puede prolongarse)

### CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

### HISTORIA CLÍNICA

- Investigar posibles factores causales.
- Enfermedad materna: infecciones
- Medicación materna: Sulfas, nitrofurantoina, diazepam, oxitocina, antimaláricos.
- Grupo y Rh de la madre.
- Antecedentes de ictericia en RN anteriores, historia familiar de anemia.
- En madres Rh negativas: Antecedentes de Rhesuman-Título de Coombs-Zona de Liley.

## EXAMEN CLÍNICO

- Determinar intensidad y extensión de la Ictericia: progresión dérmica.
- Determinar edad gestacional.
- Observar si hay equinosis, petequias, cefalohematoma, palidez, visceromegalia, microcefalia.

## EXAMEN DE LABORATORIO

- Grupo sanguíneo y Rh de madre y RN.
- Hemoglobina y Hematocrito-Hemograma.
- Bilirrubina Total y fraccionada.  
En caso de incompatibilidad sanguínea, adicionalmente:
  - Coombs directo.
  - Reticulocitos
  - Morfología de hemates

## MANEJO

- a) Tratamiento específico (etiológico)
- b) Prevención del daño SNC por la bilirrubina

Fototerapia y/o exanguino transfusión

Considerar:

- Peso de nacimiento
- Edad gestacional
- Edad posnatal
- Nivel de bilirrubina
- Velocidad de incremento de la bilirrubina
- Anemia Asociada
- Factores de riesgo para encefalopatía por bilirrubina.

## FACTORES DE RIESGO PARA ENCEFALOPATÍA POR BILIRRUBINA

- Asfixia perinatal
- Peso < 1500 grs
- Acidosis: ph < 7.15
- Hipoxia
- Hipotermia.
- Proteínas totales < 4 gr/dl.
- Albúmina sérica < 2.5 gr/dl (Hipoalbuminemia)
- Insuficiencia respiratoria
- Prematuridad
- Hemólisis
- Sustancias que compiten por la albúmina(fármacos, aumento de ácidos grasos no esterificados).
- Sepsis.

En el recién nacido pretermino valores de bilirrubina menores e 0.5 % del peso corporal no son considerados riesgos

## CRITERIOS DE MANEJO

- FOTOTERAPIA (Posibilidades de Derivación a nivel III y IV)
- Ictericia de aparición en las primeras 24 horas de vida.
- Velocidad de incremento de bilirrubina indirecta > de 0.3 mg/dl por hora en las primeras 24 horas.
- R.N. Sin factores de Riesgo: Bilirrubina Indirecta a 5 mg/dl por debajo del nivel considerado para la exanguineotransfusión.
- RN. Con factores de riesgos: 50 % de valor de Bilirrubina Indirecta considerado para exanguineotransfusión.
- En RN < DE 1000 gres considerar la posibilidad de fototerapia profiláctica.

## EXSANGUÍNEOTRANSFUSIÓN (Posibilidad de Derivación a nivel III y IV)

Exanguineotransfusión (< 24 horas):

- Criterios en sangre de cordón
- Hb < 12 g/dl o Hto < 40 %
- Bilirrubina Indirecta < 8 mg/dl.
- Velocidad de incremento de Bilirrubina Indirecta > 0.5 mg/dl/hora

Exanguineotransfusión (después de 24 horas y menor de 5 días)

- a) R.N.T.
- Sin factores de riesgo: Bilirrubina Indirecta > 25 mg/dl
- Con factores de riesgo: Bilirrubina Indirecta > 20 mg/dl.
- b) R.N. Pre-termino
- Peso > 2000gr: Bilirrubina Indirecta > 20mg/dl
- Peso < 2000 gr: Bilirrubina Indirecta > 1 % peso corporal.

Si el pretermino no tiene factores de riesgos asociados se puede aumentar aproximadamente 2 mg al valor de decisión.

En todo RN con hemoglobina < 12 g/dl con diagnóstico de anemia atribuible a Hemólisis y menor de 72 horas, considerar exanguineotransfusión independiente del valor de bilirrubina.

## MONITOREO GENERAL

- Valoración clínica y de laboratorio del factor causal.
- Evitar factores de riesgo para encefalopatía
- Controles de laboratorio
  - Bilirrubina : c 8hrs, en las primeras 24 horas de vida hasta que alcance velocidad de incremento < 0.5 mg/dl/h y/o se decida exanguineotransfusión
  - Hb/Hcto en cada control de bilirrubina
  - Glicemia (Hemogluco-test) : C/B - 12 h si hay exanguineotransfusión.

## APENDICE 1

FOTOTERAPIA Pautas para su empleo:

- Realizar estudios diagnóstico para identificar la causa.
- Utilizar de preferencia incubadoras con servo-control
- Colocar al niño protectores oculares
- Fuente lumínica a 45 - 50 cms del paciente (de preferencia tipo Special Blue)
- Cambio de posición 1/2 de tiempo de cubito dorsal 1/2 tiempo decúbito ventral.
- Monitorizar: funciones vitales peso corporal- balance hídrico
- Aumento de aporte hídrico y calórico
- NO utilizar el color de la piel durante la fototerapia para decisiones de manejo
- De preferencia continuar y solo suspender cada 3 horas para alimentar al RN.
- No usar si B. Directa > 2.5 mg/dl

## APENDICE 2

### EXANGUÍNEO TRANSFUSIÓN

- Fundamento: Remoción de Bilirrubinas y anticuerpos con reposición de glóbulos rojos no sensibilizados
- Volumen total de recambio 160cc/Kg (máximo 500 cc)
- Características de la sangre
  - Fresca: Menor de 72 horas de extraída
  - Hematocrito de 40-60 %
  - Tipo de sangre
    - Incompatibilidad de Rh > ó Rh negativo
    - Incompatibilidad ABO: sangre recombina
  - Madre O y RN A → Glóbulos O - Plasma A
  - Madre O y RN B → Glóbulos O - Plasma B
  - Doble Incompatibilidad (ABO+Rh)  
Glóbulos Rojos O Rh negativo  
Plasma A o B Rh positivo (según tipo de sangre del RN)
  - Calentar la sangre a temperatura corporal, lentamente.

### PROCEDIMIENTOS (EN ASEPSIA)

- Condición de asepsia de ropa y material.
- Utilizar incubadora abierta con servocontrol (ideal).
- Cateteriza vena umbilical.
- Conecta llave de 4 vías: catéter - jeringa - bolsa de sangre - colector sangre extraída
- Monitorizar funciones vitales - oximetría de pulso
- Extraer muestra de sangre pre- exanguineotransfusión: Bilirrubina - Hb /Hto - Glicemia - Electrolitos
- Volumen de cada alícuota de recambio /peso corporal:
  - ≤ 1000 gr: 5cc
  - ≤ 1500gr: 10cc
  - ≤ 2500 gr: 15 cc
  - ≥ 2500 gr: 20cc
- Tiempo: Total 1- 2 horas (5 minutos cada recambio)
- Administrar gluconato de calcio 10% EV . 1cc cada 100cc de recambio, monitorizando, frecuencia cardíaca. Si F.C. es < de 100 x minuto suspender administración.
- Extraer muestra post-exanguineotransfusión para los mismos exámenes más hemocultivo y calcio serico.
- Reposo gástrico 4 - 6 horas después del procedimiento.
- Opcional el uso de antibióticos.
- Debe continuarse con fototerapia después de realizada la exanguineotransfusión
- Extraer muestra 6ª hora post-exanguineotransfusión bilirrubina y Hemoglobina
- Repartir electrolitos y Calcio 48 horas post exanguineotransfusión.

### CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Derivar al paciente en caso de:

No contar con equipo de fototerapia o para exanguineotransfusión y requiera de alguno de estos procedimientos.

Ictericia hasta pies y manos, si no hay de posibilidad de en exámenes auxiliares.

## MANEJO DE LA HIPERBILIRRUBINEMIA RECIEN NACIDOS

	25 Horas	49-72 horas	73-96 horas	> 96 horas
Considerar Fototerapia c/f riesgo	>10mg/dl	> 13mg/dl	>15mg/dl	>17mg/dl
Fototerapia s/f riesgo	>15mg/dl	>18mg/dl	>22mg/dl	>22mg/dl
Exanguineotransfusión Si falla Fototerapia(*) ó c/f riesgo	> 22 mg/dl	25mg/dl	>25mg/dl	>25mg/dl
Exanguineotransfusión riesgo	>25 mg/dl	> 30mg/dl	>30mg/dl	> 30mg/dl

(\*) La falla de la Fototerapia se define como una falla en estabilizar el nivel de bilirrubina o declinar 1-2mg/dl en una exposición de 4-6 horas a fototerapia intensiva

### RN PRETERMINO BAJO PESO

PESO DE NACIMIENTO	FOTOTERAPIA	EXSANGUINEOTRANSFUSIÓN
<1500 gr	5 – 8 mg/dl	13-16 mg/dl
1500 – 2000 gr	8 – 12 mg/dl	16- 18 mg/dl
2000 – 2500 gr	11- 14 mg/dl	18 – 20mg/dl

## APENDICE 5

### ICTERICIA Y LECHE MATERNA.

Si los servicios donde existe una política de apoyo a la lactancia materna exclusiva, la ictericia se presenta con mayor frecuencia. Las formas clínicas son dos y en ambas predomina la bilirrubina indirecta.

- a) Ictérica por lactancia (Ictérica por ayuno o inanición). - Es el inicio precoz: en los primeros 3 – 4 días de vida

### MANEJO PREVENTIVO

- Mamadas frecuentes día y noche (10 – 12 veces/24 horas). En caso necesario despertar al bebé para amamantarlo.
  - Un miembro del equipo de salud deberá verificar lactancia y succión eficaz en los senos, por un mínimo de 10- 15 minutos en cada uno y por cada sesión de amamantamiento
  - Vigilar número de deposiciones y diuresis.
  - Peso diario. Una pérdida > 5 %/día indica lactancia inadecuada.
- b) Ictericia por leche materna.- Se presenta en RN a término, sanos. Generalmente aparece al final de la primera semana de vida, y ocurre en el 3% del RN con lactancia materna exclusiva. Alcanza su nivel máximo en la segunda semana de vida, puede durar de 3 semanas a 3 meses.

### MANEJO

- Excluir otras causas de ictericia: Ictericia por lactancia, enfermedad hemolítica, hipotiroidismo, diabetes materna, deficiencias hereditarias.  
En el caso de Ictericia por la leche materna los lactantes lucen vigorosos, sanos y ganan peso adecuadamente.
- Observación del cuadro clínico de la ictericia, que sin tratamiento remitirá lentamente.
- La interrupción de la lactancia materna por 48 horas solo está indicada cuando la cifra de bilirrubina es de > 20 mg/dl. Deberá indicarse a la madre la extracción manual de la leche durante el periodo y luego del mismo reiniciar la lactancia materna exclusiva pues la elevación subsiguiente de la bilirrubina no es significativa

## 6 RECIEN NACIDO DE BAJO PESO AL NACER

### DEFINICION

Es todo recién nacido que pesa la nacer menos de 2500 gres independientemente de su edad Gestacional.

De acuerdo a la edad Gestacional se clasifican en:

- Pretermino: Menor de 37 semanas
- A término: Entre 37 y 41 semanas
- Posttermino: mayor o igual a 42 semanas

### MANEJO PREVENTIVO

Basándose en un control adecuado del embarazo y la identificación temprana de los factores de riesgo

El objetivo de su tratamiento es prevenir y tratar las siguientes complicaciones:

- Asfixia perinatal
- Hipoglicemia- Hipocalcemia-Hiponatremia
- Hiperbilirrubinemia
- Sepsis.

### MANEJO

- Alimentación precoz al seno materno, si el peso la edad gestacional y el estado del neonato lo permiten.
- Prevenir la asfixia y las pérdidas de calor
- Hemograma y recuento de plaquetas. Hematocrito central para diagnóstico de Policitemia.
- Buscar signos de infección
- Despistaje de anomalías congénitas(cromosómicas) e infecciones prenatales del grupo TORCH.
- Pruebas de Coagulación
- Glicemia se realiza según protocolo del RN en riesgo de Hipoglicemia (P.E.G.). Calcemia
- Derivar a RN < de 2000 grs a niveles III ó IV

## 7 LACTANCIA MATERNA

### DEFINICIÓN

Conjunto de normas y procedimientos para la práctica de la lactancia materna exclusiva en todos los neonatos atendidos en los establecimientos de ESSALUD.

### OBJETIVOS

- Inicio exitoso de la lactancia materna exclusiva(LME) en todos los establecimientos de ESSALUD donde se brinde atención obstétrica y perinatal.
- Protección, promoción y apoyo para la práctica de la LME, en los primeros 6 meses de vida y para la continuación de la lactancia materna (LM) como mínimo hasta el año de edad.
- Manejo adecuado de las dificultades y problemas más frecuentes en las madres que dan de lactar.
- Dar apoyo a las madres después del alta.
- Disminuir la morbilidad infantil y los gastos institucionales por enfermedad diarreica, alergias, enfermedades respiratorias, severas y sucedáneos de la leche materna.

## NIVELES DE ATENCIÓN

Todos los niveles de atención que brindan atención obstétrica y pediátrica, ambulatoria y/o hospitalización. Según corresponda.

Son responsables de la atención los miembros del equipo de salud.

## MANEJO

Los procedimientos y técnicas del presente protocolo son de responsabilidad del personal multidisciplinario involucrado en la atención materno infantil de cada establecimiento y la supervisión de su correcta aplicación estará a cargo de las respectivas jefaturas de servicio, las cuales coordinarán sus acciones para tal fin.

## PROCEDIMIENTOS

- 1 Preparación de la embarazada para la lactancia materna
  - Indicación de ejercicios para los pezones planos e invertidos.
  - Charla de motivación personal y grupal.
  - Entrega de folleto "Lactancia Materna".
  - Consejería en lactancia materna.
- 2 Contacto precoz en la sala de partos.
- 3 Alojamiento conjunto en la sala de puerperio con supervisión y control de funciones vitales por parte del personal de enfermería.
- 4 Adiestramiento de las madres en las técnicas de lactancia.
- 5 Manejo de la lactancia materna en situaciones especiales.
- 6 En los casos excepcionales en que el niño no pueda recibir la leche directamente del pecho de la madre, se le administrará a través de sonda nasogastrica o con vasito, gotero o cucharadita. **No usar biberones.**
- 7 Información a las madres, antes del alta, sobre:
  - El significado e importancia de la lactancia materna exclusiva
  - Reforzamiento de técnicas
  - Los peligros del uso del biberón y la extracción manual y conservación de la leche materna.
- 8 Vigilancia Epidemiológica del consumo de leches artificiales.

## SISTEMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Es el conjunto de procedimientos destinados a promover, apoyar y fortalecer las prácticas óptimas de lactancia materna

- a) Programa de apoyo telefónico a la lactancia materna
- b) Formación de grupos o comités de apoyo a la lactancia materna, en la comunidad laboral y/o en las salas de hospitalización y consulta externa.
- c) Control por consulta externa en la segunda semana de vida.

## CHARLA PRENATAL SOBRE LACTANCIA MATERNA CONTENIDOS

1. Motivar a las embarazadas para las practicas adecuadas de la lactancia materna: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES, A PARTIR DE ESTA EDAD INICIAR ALIMENTACIÓN CON COMIDAS ESPESAS Y CONTINUAR CON LA LACTANCIA COMO MÍNIMO DURANTE UN AÑO.

- 2 HACER CONOCER LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA:

### Para el niño:

- a) Disminución de riesgos de diarrea.
- b) Disminución de la frecuencia de alergias
- c) Disminución de las infecciones respiratorias agudas
- d) Protección inmunológica (defensas contra enfermedades)
- e) Composición perfecta, que favorece el óptimo crecimiento y desarrollo

### Para la madre.

- a) Disminución de las hemorragias después del parto.
- b) Disminuye la frecuencia del cáncer de mama y ovarios.
- c) Aumenta los sentimientos de autoestima de la madre
- d) No cuesta nada.

- 3 TECNICA CORRECTA DE LACTANCIA:

### POSICIÓN

Acostada, sentada. Colocar el bracito hacia abajo, como abrazando a la madre, para que no se interponga al cuerpo de la madre. La cara del bebé debe quedar dirigida hacia el pecho y la barriga hacia la barriga de la madre. La cabecita queda en el hueco del codo.

### Punto Clave:

- a) Que el RN, cuando abra la boca, tome la mayor parte de la areola sobre todo en la parte inferior. La madre no debe sentir dolor.  
Breve referencia a la anatomía de la mama, para demostrar el porque es indispensable, que el RN, tome lo más que pueda de areola.
- b) La lactancia debe ser cada vez que el bebé pida, pero en los primeros días, si pasan dos horas y no pide hay que despertarlo para que lacte.
- c) La madre debe dar de preferencia los dos pechos, no hay limite de tiempo, pero siempre debe comenzar por el pecho que termino la ultima vez.  
Así la madre se asegurará una buena producción de leche en los dos senos.  
La madre que lacta tiene más sed de lo normal y debe tomar líquidos para satisfacerla, pero debe recordar que lo único que aumenta la cantidad de leche, es poner el bebe a lactar frecuentemente, a más succión más producción.
- d) Hablar negativamente del biberón y resaltar como repercute en infecciones y disminución de la producción de leche.
- e) Insistir en que no debe administrar al bebé agüitas ni otras leches que no sean leche materna por el peligro del punto 4
- f) Remarcar que para tener bastante leche es muy importante dar lactancia materna exclusiva a pedido.  
La madre debe saber que lo único que hace aumentar la cantidad de leche es poner a mamar al bebé frecuentemente, incluso despertarlo si pasan dos horas si está dormido y no ha lactado.
- g) La recomendación práctica para la nutrición materna es decirle a la madre que coma "dos platos de segundo"

- h) La ingesta de líquidos durante la lactancia debe estar regulada únicamente por la sed que experimente la madre. ( la madre no debe forzarse a tomar líquidos .
- i) La ablactancia se comenzará a los 6 meses de vida del niño siempre con purés y papillas (explicar a las madres que los jugos y sopas "no alimentan y llenan la barriga del bebe).
- Todas las embarazadas deberán ser informadas brevemente, sobre los procedimientos que siguen en los establecimientos de ESSALUD, para apoyar el éxito de la lactancia materna exclusiva:
- Contacto precoz en la sala de partos
  - Alojamiento conjunto las 24 horas como medida muy positiva para el éxito de la lactancia.
  - Consejería EN LACTANCIA MATERNA
  - Existencia del sistema de apoyo telefónico para dudas sobre lactancia.

#### **SALUD INFANTIL**

- a) Mostrar el carné de crecimiento y desarrollo
- b) Destacar la importancia de que acudan a sus citas, médicas y en la unidad de prevención.

### **MANEJO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL NACIMIENTO PROCEDIMIENTOS**

#### **1 CONTACTO FÍSICO PRECOZ EN LA SALA DE PARTOS**

Antes de ser trasladado al ambiente de Alojamiento Conjunto y como paso final de la atención inmediata, todo RN, que no requiera cuidado intensivo, será colocado desnudo sobre el cuerpo de la madre para el contacto piel a piel y succión de ambos senos, hasta que se produzca el alumbramiento por aproximadamente 30 minutos. El RN será cubierto con un campo seco y estéril

Durante el procedimiento un miembro del equipo de salud será responsable de informara la madre que:

- a) El niño(a) se encuentra en buenas condiciones y por lo tanto permanecerá con la madre para que le ofrezca el pecho a libre demanda.
- b) Al inicio viene el calostro que es la primera leche de color amarillento muy importante por ser muy nutritiva y servir como la primera vacuna para el recién nacido.
- c) Es muy importante dar el pecho por lo menos cada 2 horas para así asegurar más adelante una buena producción de leche.

#### **2 INICIO DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO**

Todos los RN de parto vaginal con funciones vitales normales, después del contacto piel a piel serán vestidos y regresarán al lado de su madre para el alojamiento conjunto y el inicio INMEDIATO DE LACTANCIA MATERNA hasta el momento del alta, con apoyo de personal capacitado.

Todos los RN por cesárea con funciones vitales normales, serán llevados al alojamiento conjunto dentro de los 30 minutos posteriores en que la madre se encuentre lúcida y con funciones vitales estables(Recomendar posición acostada en las primeras 24 horas)

En este momento se hará entrega a la madre del folleto CONSEJOS PARA UNA LACTANCIA FELIZ

#### **3 EXAMEN DE LA SEGUNDA Y CUARTA HORA DE VIDA**

Los RN serán examinados y evaluados al lado de su madre. Luego del examen de la cuarta hora se decidirá su permanencia en alojamiento conjunto(Patología, Control, Puerperio) o su paso a cuidados intermedios o intensivos en caso de presentar signos de alarma (II, IV).

#### **4 TÉCNICAS DE LACTANCIA MATERNA**

EL personal de salud verificará (al inicio del alojamiento conjunto en el examen de segunda y cuarta hora de vida y durante la estancia postparto) que la madre tenga los siguientes conocimientos básicos sobre la técnica de lactancia materna:

- a) Posición adecuada para amamantar (sentada, acostada, de lado).
- b) En cuanto abra la boca y para que lacte satisfactoriamente, la madre debe acercar bien al RN, para que tome la mayor parte de la porción oscura del seno(areola).
- c) La madre debe ofrecer, de preferencia, los dos pechos en cada sesión de amamantamiento, y comenzar siempre por el pecho en que término la última vez para acabarlo de vaciar.
- d) Para asegurar una buena producción de leche es muy importante que el RN, en los primeros días lacte por lo menos cada 2 horas. Si está dormido hay que despertarlo y no debe estar muy cubierto al momento de lactar.
- e) Para saber que el RN esta lactando en posición correcta, la madre no debe sentir dolor, ni presentar eritema, excoriación o grietas a nivel de los pezones.
- f) Técnicas para retirar del pecho al RN: la madre colocará el dedo meñique limpio entre las encías del neonato.

#### **PELIGROS DEL USO DEL BIBERÓN.**

- a) Aumenta la incidencia de enfermedad diarreica por su fácil contaminación
- b) Confunde al niño y llena su estomago de agua, impidiendo su desarrollo optimo.
- c) Los biberones de agua, anís o similares no evitan el cólico, por el contrario pueden agravarlo.

## CHARLA DE LACTANCIA MATERNA PARA MADRES PUERPERAS CONTENIDOS.

- 1 **Motivar a las puerperas para las practicas optimas de la lactancia materna LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES. A PARTIR DE ESTA EDAD INICIAR ALIMENTACIÓN CON COMIDAS ESPESAS Y CONTINUAR CON LA LACTANCIA COMO MÍNIMO DURANTE UN AÑO.**
- 2 **REPASO BREVE DE LOS BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA.**  
  
Para el niño y la madre.
- 3 **TECNICA CORRECTA DE LACTANCIA**
- 4 **PELIGRO DE USO DE BIBERÓN.**
- 5 **ABLACTANCIA**  
  
Inicio después de los seis meses con alimentos espesos.
- 6 **MOTIVACIÓN**  
  
Cumplir con las citas al centro asistencial.
- 7 **CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA**
- 8 **EXPLICACIÓN**  
  
Practica sobre la correcta extracción y conservación de la leche materna (recomendar la extracción manual y entregar folleto respectivo).  
  
Se recomienda usar el folleto Consejos para una Lactancia Feliz durante la charla participativa.
- 9 **RECOMENDACIONES**
  - a) Los ambientes de neonatología y obstetricia deberán estar contiguos.
  - b) Capacitación intensiva a grupos multidisciplinarios de salud específicamente en los temas lactancia y ablactancia.
  - c) Deberán elaborarse y diseñarse folletos en relación a la lactancia materna

## PROCEDIMIENTO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA PERIODO POS NATAL

### 1 GRUPOS DE APOYO EN LA CONSULTA NEONATAL

Se basa en el hecho de que las madres tienen dudas y creencias similares sobre lactancia materna, y que al constatarlo así cuando se les entrevista en grupos se les apoya a prácticas adecuadas de lactancia materna exclusiva.

Todos los RN en la institución deberán tener su primera consulta médica obligatoria entre lo 7 y 14 días.

Ingresarán a la primera consulta en grupos de hasta 6, con sus hijos RN. Para iniciar entrevista el médico se identificara y explicara el motivo de hacerlas ingresar en grupo. Se verificará que el incremento de peso sea correcto y que la lactancia materna exclusiva lo sea, sin la adición de algún otro líquido.

Los padres que acudan acompañado a sus hijos deben participar de los grupos de apoyo.

### 2 PROGRAMA DE APOYO TELEFONICO A LA LACTANCIA MATERNA.

Toda madre será informada verbalmente y por escrito( tarjeta al momento de alta) del número telefónico del Hospital y el anexo del servicio, a fin de recibir ayuda oportuna en caso necesano

## EL NIÑO MENOR DE 2 MESES

### EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR AL NIÑO MENOR DE 2 MESES DE EDAD

#### PREGUNTAR A LA MADRE QUÉ PROBLEMAS TIENE EL NIÑO MENOR DE 2 MESES.

- Determinar si es la primera consulta para este problema o si es una consulta para un control del caso
- si es una consulta de control, seguir las instrucciones del cuadro "proporcionar atención de control"
- si es la primera consulta, examinar al niño del siguiente modo.

DETERMINAR SI ES POSIBLE QUE SE TRATE DE UNA INFECCIÓN BACTERIANA		SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
PREGUNTAR:	OBSERVAR, ESCUCHAR, PALPAR			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tuvo el niño convulsiones?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar las respiraciones por minuto. Repetir el recuento.</li> <li>• Determinar si hay tiraje subcostal grave.</li> <li>• Examinar la fontanela y palparla para determinar si está abombada.</li> <li>• Examinar el ombligo.</li> <li>• ¿Está enrojecido o presenta supuración?</li> <li>• ¿El enrojecimiento se extiende a la piel?</li> <li>• Tomar la temperatura (o tocarlo para determinar si la temperatura corporal es alta o baja).</li> <li>• Observar la piel para determinar si tiene pústulas.</li> <li>• ¿Son muchas o son escasas?</li> <li>• Observar los movimientos del niño.</li> <li>• ¿Se mueve menos de lo normal?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convulsiones</li> <li>• Respiración rápida (60 o más por minuto)</li> <li>• Tiraje subcostal grave o abombamiento de la fontanela</li> <li>• Enrojecimiento del ombligo que se extiende a la piel.</li> <li>• Fiebre (37.5°C o más o caliente al tacto) o temperatura corporal baja (menos de 35.5°C o frío al tacto) o muchas o escasas o se mueve menos de lo normal.</li> <li>• Ombligo enrojecido o con supuración o pústulas en la piel</li> </ul>	<p><b>ENFERMEDAD MUY GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar la primera dosis de antibiótico por vía intramuscular.</li> <li>• Administrar tratamiento para evitar que le baje la hidratación de azúcar en sangre.</li> <li>• Dar instrucciones a la madre para que mantenga al bebé abrigado en el trayecto al hospital.</li> <li>• Referir URGENTEMENTE al hospital</li> </ul>
<p>Esos límites se basan en la temperatura axilar. Los límites para la temperatura rectal son alrededor de 0.5°C más elevados. Si no se puede referir al niño, consultar el módulo del curso. Tratar al niño. Cuando no se puede referir</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ombligo enrojecido o con supuración o pústulas en la piel</li> </ul>	<p><b>INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar un antibiótico apropiado.</li> <li>• Enseñar a la madre a curar las infecciones locales en casa.</li> <li>• Aconsejar a la madre que proporcione cuidados caseros al bebé.</li> <li>• Reevaluar 2 días después.</li> </ul>

## ATENCIÓN AL NIÑO MENOR DE 2 MESES

En esta parte aprenderás a tratar a un niño enfermo menor de 2 meses de edad. El procedimiento es muy parecido al de un niño mayor enfermo.

Estos niños pueden enfermarse y morir en corto tiempo por una enfermedad muy grave, o por una infección bacteriana local que por falta de tratamiento se convierte en una enfermedad muy grave. Generalmente se presenta signos de pobre succión, poco movimiento, fiebre o temperatura corporal baja. El tiraje subcostal leve es normal en los niños de esta edad porque la pared torácica es blanda.

### VERIFICAR LA ENFERMEDAD MUY GRAVE Y LA INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL

Recuerde que el niño menor de 2 meses de edad puede enfermarse y morir muy rápido por una ENFERMEDAD MUY GRAVE, como neumonía, septicemia y meningitis. Por eso es muy importante que se busque signos de enfermedad muy grave, infección bacteriana local.

Evalue los signos en el orden presentado en el recuadro de procedimientos. El niño debe estar tranquilo y puede estar dormido mientras evalúa los primeros signos, mientras se cuenta la frecuencia respiratoria, observa el tiraje subcostal y examina la fontanela. Para evaluar los demás signos se debe quitar la ropa, mirar la piel de todo el cuerpo y tomar la temperatura. Para entonces probablemente esté despierto y podrá observar como están sus movimientos.

### DETERMINAR SI ES POSIBLE QUE SE TRATE DE UNA ENFERMEDAD MUY GRAVE

Para averiguar sobre la existencia de una ENFERMEDAD MUY GRAVE hay que observar el recuadro en blanco del cuadro superior y luego evaluar cada signo.

- Pregunta a la madre: ¿Ha tenido el niño convulsiones?
  - Observe: Cuente las respiraciones por minuto.
  - Repita el recuento - Los niños menores de 2 meses generalmente respiran más rápido de modo que 60 respiraciones por minuto es el límite empleado para identificar respiración rápida. Si el primer recuento es de 60 respiraciones o más, repita el recuento. Es importante porque la frecuencia respiratoria suele ser irregular.
  - Observe si hay tiraje subcostal grave - El tiraje subcostal leve es normal en este grupo, porque la pared torácica es blanda. Para que exista tiraje subcostal, este debe ser profundo, constante y fácil de ver.
  - Observe y palpe para ver si la fontanela está abombada - La fontanela es el espacio blando en la coronilla del niño, donde los huesos de la cabeza no se han formado por completo. Sostén al niño en posición erecta, no debe estar llorando. Luego observe y palpe la fontanela. Si la fontanela está abombada en lugar de plana, es probable que el niño tenga meningitis.
  - Observe el ombligo. ¿Está rojo o supura? ¿Se extiende el enrojecimiento a la piel? - El cordón umbilical generalmente se desprende del ombligo una semana después del nacimiento. Puede haber algún enrojecimiento en la base del ombligo, o puede estar supurando. La gravedad de la infección está determinada por la medida en que se extiende el enrojecimiento alrededor del ombligo. Si se extiende a la piel de la pared abdominal, se trata de una infección grave.
  - Toma la temperatura o palpa para verificar si tiene fiebre o temperatura corporal baja. - En los dos primeros meses de vida la fiebre (temperatura axilar superior a 37.5°C o temperatura rectal superior a 38°C) es poca común. Pero si lo presenta puede ser el único signo de enfermedad muy grave. Es más frecuente que tengan hipotermia, es decir, temperatura corporal a menos de 35.5°C o temperatura rectal de 36°C.
- Si no tienes termómetro, palpa el abdomen del niño o la axila y determina si está caliente o demasiado frío.

- Observar si hay pústulas en la piel. ¿Hay muchas pústulas o son extensas? - Examina la piel de todo el cuerpo. Las pústulas cutáneas son manchas y ampollas coloradas que contienen pus. Si ves pústulas, son pocas o numerosas?; cuando son numerosas o extensas, indican una infección grave. Se considera pústula extensa cuando este grande y tiene enrojecimiento por fuera de ella.
- Conservar los movimientos del niño. ¿Se mueven menos de lo normal? - Observar los movimientos del niño mientras lleva a cabo la evaluación, ya que el niño despierto mueve normalmente los brazos y las piernas o gira la cabeza varias veces. Si el niño está dormido hay que pedir a la madre que despierte, a esta edad los niños suelen dormir la mayor parte del tiempo.  
Si no se despierta y por consiguiente no se observan movimientos de brazos y piernas puede que tenga una enfermedad Muy Grave.

### ENFERMEDAD MUY GRAVE

Un niño con uno o más signo de esta clasificación puede tener una enfermedad muy grave, como neumonía, septicemias o meningitis y correr el riesgo de morir. Es difícil distinguir entre estas infecciones por lo que no es necesario especificar el diagnóstico antes de decidir el tratamiento, el cual ya está determinado para cada clasificación.

Un niño con alguno de los signos de ENFERMEDAD MUY GRAVE necesita ser internado o referido URGENTAMENTE al hospital. Pero antes de referirlo:

- 1 Administrar la primera dosis de antibióticos por vía intramuscular o endovenosa:  
Gentamicina y penicilina G sódica ya que estos niños se infectan con una variedad más amplia de bacterias que los niños mayores. Para la dosis mira el recuadro que sigue:

	GENTAMICINA Dosis: 2.6 mg por Kg Dar cada 8 horas.	PENICILINA G SÓDICA Dosis: 50,000 unidades por Kg Dar cada 6 horas.
PESO	Volumen a aplicar con una dilución de 10 mg/ML (*)	Añadir 3.6 ml de agua estéril al frasco con 600 mg (1 millón de unidades) para tener una solución de 250,000 unidades por ml
2 Kg	0.50 ml	0.4 ml
3 Kg	0.75 ml	0.6 ml
4 Kg	1.00 ml	0.8 ml
5 Kg	1.25 ml	1.0 ml
6 Kg	1.50 ml	1.2 ml

(\*) Para obtener una dilución de 10mg/ml según la cantidad en la ampolla:

• ampolla de 20 mg: no se diluye

• ampolla de 40 mg: se añaden 2 ml de agua estéril

• ampolla de 80 mg: se añaden 6 ml de agua estéril

Para un niño menor de 2 meses clasificarlo como ENFERMEDAD MUY GRAVE lo mejor es referirlo. Si es posible referirlo de inmediato, dar penicilina G sódica cada 6 horas más gentamicina cada 8 horas.

### ¿CÓMO USAR LA GENTAMICINA?

Revise lo que dice en la ampolla de gentamicina para determinar su dilución. Verifica si deberá usarse sin diluir o diluido con agua estéril.

Cuando este lista para usar, la dilución debe ser de 10 mg/ml.

Elija la dosis de la hilerla del cuadro más próxima de acuerdo al peso del niño

### ¿CÓMO USAR LA PENICILINA G SÓDICA?

Revisar lo que dice en la ampolla de Penicilina G sódica para determinar su dilución.

Se mezcla una ampolla de 1'000,000 de Unidades en polvo con 3.6 ml agua estéril obteniéndose una dilución de 250,000 Unidades Internacionales por ml.

Si se cuenta con ampicilina para uso intravenoso o intramuscular esta puede ser utilizada en lugar de la penicilina G Sódica a una dosis de 50mg/Kg cada 6 horas.

### EN EL CASO QUE EL NIÑO CON UNA ENFERMEDAD MUY GRAVE NO PUEDA IR LA HOSPITAL

Se debe continuar el tratamiento antibiótico por vía intramuscular o endovenoso.

Como es raro que los niños a esta edad tenga malaria por lo tanto no se debe administrar tratamiento para malaria.

- Se debe aconsejar a la madre de mantener abrigado al niño durante el viaje al hospital pues ellos tienen dificultad para mantener su temperatura corporal.
- Se debe prevenir la hipoglicemia ofreciendo lactancia materna o agua azucarada.
- Internar o referir urgentemente al hospital; si el niño tiene diarrea en el trayecto ofrecerle sorbos de sales de rehidratación oral frecuentes y seguir amamantándolo.
- No se debe administrar vacuna antes de referir al niño.

### INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL

Es cuando el niño presenta infección en el ombligo (enrojecimiento o supuración) o una infección cutánea (pústulas aisladas o escasas).

### TRATAMIENTO

EDAD O PESO	DICLOXACILINA		COTRIMAZOL		
	Comprimido 250 mg	Jarabe 125 mg por 5ml	Comprimido para Adulto 80 mg de trimetoprim + 400mg sulfametaxazol	Comprimido Pediátrico 20mg de trimetoprim + 100 mg sulfametaxazol	Jarabe de trimetoprim + 200 mg sulfametaxazol por 5 ml
Desde nacimiento hasta un mes (< 3 Kg)	-----	2ml	-----	1/2	1.5 ml
1 mes hasta 2 meses (3 - 4 kg)	1/4	2.5 ml	1/4	1	2 ml



Dicloxacilina (15mg/Kg/Dosis, cada 8 horas) o  
Cotrimoxazol ( 4mg/Kg/Dosis de trimetropin cada 12 horas) si el niño es mayor de 1 semana  
Si no hay dicloxacilina se puede usar cefalixina ó cefradina a las mismas dosis.

## TRATAMIENTO EN CASA DE LAS INFECCIONES LOCALES

- Pústulas de piel o infecciones de Ombligo.
- Lavarse las manos
- Lavar suavemente con agua o jabon para limpiar el material purulento y las costras
- Secar la zona
- Lavarse las manos

## CANDIDIASIS ORAL

- Lavarse las manos
- Lavar la boca del niño con un paño suave enrollado en un dedo y humedecido con agua bicarbonatada.
- Aplicar en la boca del niño pinceladas de violeta de gensiana con una concentración equivalente a la mitad de lo normal. ( 0.25%)
- Lavarse las manos.
- El niño deberá ser reevaluado en 2 días. Debera dejarse de usar la violeta de gensiana después de 5 días.

### En la consulta de control después de 2 días

- Se debe examinar el ombligo si está enrojecido o presenta supuración, si el enrojecimiento se extiende a la piel.
- Se debe examinar las pústulas de la piel son muchas o extensas.
- Si ha pus enrojecimiento igual o peor o hay más pústulas que antes referir al niño a un centro de mayor poder resolutivo.
- Si el material purulento y el enrojecimiento han mejorado se debe continuar la administración del antibiotico por 7 días.
- Verificar si persisten placa blanca en la boca.
- Reevaluar la alimentación
- Si la candidiasis ha empeorado o si el niño tiene problema de agarre o succión refiéralo al hospital.
- Si la candidiasis esta igual o mejor y el niño se esta alimentando bien se debe continuar el tratamiento con violeta de gensiana diluida a la mitad solo hasta 5 días.

## DETERMINAR SI HAY UN PROBLEMA DE ALIMENTACION O PESO BAJO

PREGUNTAR	OBSERVAR
¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? ¿Se alimenta al pecho? Si la respuesta es afirmativa ¿Cuántas veces en 24 horas? ¿Recibe el niño habitualmente otros alimentos ó líquidos? Si la respuesta es afirmativa ¿Con que frecuencia? ¿Con que le da de comer al niño? ¿Usa biberón?	Determinar el peso para la edad (Clasificar alimentación)
Si el niño: -Tiene cualquier dificultad para alimentarse. Se alimenta al pecho menos de 8 veces en 24 horas. Recibe cualquier otro alimento o líquido o Tiene un peso bajo para la edad. No presenta otro signo por el cual deba ser referido Urgentemente al Hospital.	Si el niño no se alimenta durante la última hora, decir a la madre que le pecho. Observar el amamantamiento durante 4 minutos. Si el niño se alimentó durante la última hora, preguntar a la madre si puede esperar y pedirle que avise cuando el niño quiera tomar el pecho otra vez. (Si el niño se alimentó durante la última hora, preguntar a la madre si puede esperar y pedirle que avise cuando el niño quiera tomar el pecho otra vez)
EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO ¿El niño se alimenta al pecho durante la última hora?	Para Verificar el agarre Observar Si: Toca la mama con el menton Tiene la boca bien abierta Tiene el labio inferior volteado hacia fuera Se ve más la areola arriba de la boca que debajo de la misma (Todos estos signos deben estar presentes para que haya buen agarre)

El niño mama bien (es decir succiona en forma lenta y profunda con pausas ocasionales)  
 No mama nada /no mama bien/ mama bien  
 Unplante la nariz tapada si ello obstaculiza la lactancia  
 \*Determinar si tiene placas en la boca (candidiasis).

*No puede alimentarse *No hay agarre ó *No mama nada	NO LOGRA ALIMENTARSE: POSIBLE ENFERMEDAD MUY GRAVE	• Dar la primera dosis de antibiotico por via IM. • Administrar tratamiento para evitar la hipoglucemia. • Referir URGENTEMENTE al Hospital • Dar instrucciones a la madre para que lo mantengan abrigado en el trayecto al hospital.
• No se agarra bien la mama o • No mama bien ó • Se alimenta al pecho menos de 8 veces en 24 horas. • Recibe otros alimentos líquidos o • P/E en zona naranja o • Candidiasis/placas blancas en la boca	PROBLEMA DE ALIMENTACION O PESO MUY BAJO	• aconsejar a la madre que le dé el pecho las veces y el tiempo que el niño quiera, día y noche. • Si el niño no se agarra bien o no mama bien enseñar a la madre la posición y agarre correctos. • Si recibes otros alimentos líquidos, aconsejar a la madre que le dé el pecho más veces, evitando en lo posible otros alimentos o líquidos. • Si el niño no se alimenta al pecho: • Referir para asesoramiento sobre lactancia materna • Enseñar a preparar correctamente otros alimentos. • Si el niño tiene candidiasis enseñarle a la madre a tratarlo en casa. • Hacer el control para cualquier problema de alimentación o para la candidiasis dos días después. • Hacer el control de 1 niño con peso bajo para la edad 14 días después.
*El peso no es bajo para la edad *Y no hay ningún otro signo de alimentación inadecuada	NO HAY PROBLEMA DE ALIMENTACION	• aconsejar a la madre a cuidar al niño en casa • Elogiara a la madre porque alimenta bien al niño

## VERIFICAR SI HAY ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN

La alimentación adecuada es esencial para el crecimiento y desarrollo del niño.

La lactancia materna exclusiva es la mejor forma de alimentar al niño menor de 6 meses.

Si las madres dieran lactancia materna exclusiva ofrecerían mayor probabilidad de crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Evaluar la alimentación determinando:

- Tiene dificultad para alimentar al niño, con qué lo alimenta y cuan amenudo lo hace.
- Determinar la ganancia de peso.
- Hay algún problema con el amamantamiento o tiene peso muy bajo para la edad.

## SE DEBE RECORDAR QUE

- Para la edad del niño debe considerarse meses y días.
- Los niños que nacen con bajo peso mantienen una curva bien diferenciada, que pueden ir sobre el área amarilla o naranja, lo importante es que esta curva sea ascendente.
- Es recomendable utilizar la tabla de ganancia de peso para tener una evaluación nutricional más adecuada.

## RAZONES PARA EL MAL AGARRE Y EL AMAMANTAMIENTO INEFICAZ

Hay varias razones por las cuales un niño puede estar deficientemente agarrado al pecho o no se amamanta eficazmente:

- Por alimentación con mamadera en varias ocasiones especialmente los primeros días después del parto.
- La madre quizás no tenga experiencia.
- Puede deberse a una posición deficiente cuando se le pone al pecho y por consiguiente hay un agarre deficiente.
- Si el niño está colocado en buena posición el agarre probablemente también sea bueno.

## NO CONSIGUE ALIMENTARSE - ENFERMEDAD MUY GRAVE

Si el niño no logra alimentarse puede deberse a una enfermedad muy grave (por una infección grave o por otra clase de problema, lo cual le pone en riesgo de morir, requiriendo el niño atención inmediata).

El tratamiento es el mismo que para una ENFERMEDAD MUY GRAVE, DEBE SER REFERIDO URGENTEMENTE, debiéndose administrar la primera dosis de antibiótico antes de ser referido, y prevenir la hipoglucemia.

## PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN O DESNUTRICIÓN

Esta clasificación comprende a niños con peso para la edad en zona naranja ante la gráfica o que presentan algún problema en su alimentación.

Recomendar a la madre que amamante al niño a libre demanda día y noche. El niño deberá amamantarse hasta haber terminado.

## ¿CÓMO MEJORAR LA POSICIÓN Y EL AGARRE?

Deben seguirse los siguientes pasos:

1. Mostrar a la madre como sostener bien al niño.
  - Con la cabeza y cuerpo del niño ergidos
  - En dirección a su pecho, con la nariz del niño de frente al pezón.
  - El cuerpo al niño cerca al cuerpo de la madre.
  - Sosteniendo todo el cuerpo del niño y no solamente el cuello y los hombros.
2. Mostrar a la madre como
  - Tocar los labios del niño con el pezón.
  - Esperar hasta que el niño abra bien la boca
  - Mover al niño rápidamente hacia el pecho y asegurarse que el labio inferior del niño quede vuelto hacia fuera
  - Observar que la areola este más visible por arriba de la boca que por debajo
3. Verificar los signos de buen agarre y succión
4. Observar si hay lesiones en los pezones

## CONSEJOS SOBRE OTROS PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

- Si la madre esta amamantando al niño menos de 8 veces en 24 horas, aconsejele que aumente la frecuencia de la mama, lo amamantara tan amenudo y por tanto tiempo como el niño lo desee.
- Si el niño recibe otros alimentos o bebidas aconsejar a la madre que lo amamante más.
- Aconsejarle que ofrezca las otras bebidas en una taza y no en biberón.
- Si la madre no amamanta en absoluto considerar la orientación sobre relactación.

Debe evaluarse a los 2 días de verse el niño, esto especialmente si se ha aconsejado cambios importantes en la alimentación.

En la consulta de control considerar:

- Aconsejar a la madre sobre los nuevos o continuos problemas de alimentación.
- Si tiene peso bajo para la edad pedir a la madre que regrese en 7 días
- Si crees que la alimentación no va mejorar o si el niño ha bajado de peso referirlo al hospital.

Si el niño esta clasificado con desnutrición seguir las siguientes instrucciones.

Después de 7 días:

- Pesar al niño y determinar si aún tiene peso muy bajo para la edad
- Si ya no tiene muy bajo peso para la edad, elogiar a la madre por haberlo alimentado bien alentarla a continuar su alimentación adecuada.
- Si aún tiene desnutrición pero se esta alimentando bien, elogiar a la madre pedirle que haga pesar al niño al cabo de un mes o cuando regrese para la vacunación. Para verificar si continua alimentandose bien y aumentando de peso.
- Si no tiene desnutrición y todavia tiene un problema de alimentación, aconsejar a la madre acerca del problema. Pedirle que regrese con su niño a los 7 días. Y continuar evaluando cada semana hasta estar seguro de que se esta alimentando bien y aumentando de peso regularmente.
- Si no va a mejorar la alimentación o si el niño ha bajado de peso, internalo o refierelo urgentemente al hospital.

## NO HAY PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN

El niño menor de 2 meses de edad incluido en la clasificación no hay problema de alimentación, significa que el peso del niño es adecuado para su edad y se esta alimentando adecuadamente, por tanto aconsejar a la madre a cuidar al niño y elogiarla por haberlo alimentado bien.

## INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO

Preguntar a la madre que problemas tiene el niño  
 Determinar si es la primera consulta para este problema o si es una consulta para control del caso.  
 Si es una consulta de control, seguir las instrucciones para Proporcionar Atención de Control del cuadro a TRATAR AL NIÑO  
 Si es la primera consulta, examinar al niño del siguiente modo.

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL		COMO CLASIFICAR		TRATAMIENTO
SIGNOS	SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL	SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL	SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL	TRATAMIENTO
<p>Preguntar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Puede el niño beber o tomar pecho?</li> <li>¿Vomita el niño todo lo que ingiere?</li> <li>¿Ha tenido el niño convulsiones?</li> </ul> <p style="text-align: center;">Decidir</p>	<p>No puede beber o tomar el pecho, o Vomita todo lo que ingiere, o Convulsiones, Letargo, comicioso</p>	<p>↑ Referir URGENTEMENTE al Hospital, comenzar de inmediato el examen y administrar tratamiento indicado antes de referir al hospital en demora.</p>	<p>↑ Referir URGENTEMENTE al Hospital, comenzar de inmediato el examen y administrar tratamiento indicado antes de referir al hospital en demora.</p>	<p>↑ Referir URGENTEMENTE al Hospital, comenzar de inmediato el examen y administrar tratamiento indicado antes de referir al hospital en demora.</p>
<p>EN SEGUNDA PREGUNTAR SOBRE LOS SINTOMAS PRINCIPALES</p>	<p>Observar</p> <p>Verificar si el niño está letárgico o comatoso.</p> <p style="text-align: center;">Decidir</p>	<p>↑ Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado</p> <p>↑ Tratar las ablandadas, al tiene.</p> <p>↑ Referir URGENTEMENTE al Hospital.</p>	<p>↑ Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado</p> <p>↑ Tratar las ablandadas, al tiene.</p> <p>↑ Referir URGENTEMENTE al Hospital.</p>	<p>↑ Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado</p> <p>↑ Tratar las ablandadas, al tiene.</p> <p>↑ Referir URGENTEMENTE al Hospital.</p>
<p>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, PREGUNTAR</p> <p>¿Cuánto tiempo hace?</p> <p>Observar y escuchar si hay sibilancias</p> <p>Determinar si es primer episodio o es recurrente</p>	<p>↑ Enfermedad MUY GRAVE O</p> <p>↑ NEUMONIA GRAVE</p>	<p>↑ Dar un antibiótico apropiado durante 7 días</p> <p>↑ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato.</p> <p>↑ Indicar a la madre que vuelva para el control 2 días después.</p>	<p>↑ Dar un antibiótico apropiado durante 7 días</p> <p>↑ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato.</p> <p>↑ Indicar a la madre que vuelva para el control 2 días después.</p>	<p>↑ Si hace más de 14 días que el niño tiene tos, referir para un examen</p> <p>↑ Tratar las ablandadas, al tiene</p> <p>↑ Advise a la madre con un remedio inocuo</p> <p>↑ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato</p> <p>↑ Indicar a la madre que vuelva en 5 días si el niño no mejora</p>
<p>Si el niño tiene episodio recurrente de sibilancias primero tratar las sibilancias y luego clasificar la tos o dificultad para respirar</p> <p>Si no se puede referir al niño, Consultar el módulo Tratar al niño Anexo Cuando no se puede referir al niño</p>	<p>Respiración Rápida</p>	<p>↑ NEUMONIA</p>	<p>↑ Dar un antibiótico apropiado durante 7 días</p> <p>↑ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato.</p> <p>↑ Indicar a la madre que vuelva para el control 2 días después.</p>	<p>↑ Si hace más de 14 días que el niño tiene tos, referir para un examen</p> <p>↑ Tratar las ablandadas, al tiene</p> <p>↑ Advise a la madre con un remedio inocuo</p> <p>↑ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato</p> <p>↑ Indicar a la madre que vuelva en 5 días si el niño no mejora</p>
<p>Si el niño tiene Respiración Rápida De 2 a 11 meses 50 o más en un minuto De 1 a 4 años 40 o más en un minuto</p>	<p>Ningún signo de neumonía o de enfermedad muy grave</p>	<p>NO TIENE NEUMONIA RESFRIADO, GRIPE O BRINQUITIS</p>	<p>↑ Dar un antibiótico apropiado durante 7 días</p> <p>↑ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato.</p> <p>↑ Indicar a la madre que vuelva en 5 días si el niño no mejora</p>	<p>↑ Si hace más de 14 días que el niño tiene tos, referir para un examen</p> <p>↑ Tratar las ablandadas, al tiene</p> <p>↑ Advise a la madre con un remedio inocuo</p> <p>↑ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato</p> <p>↑ Indicar a la madre que vuelva en 5 días si el niño no mejora</p>

¿ TIENE EL NIÑO PROBLEMA DE OIDO?		COMO CLASIFICAR		TRATAMIENTO
SIGNOS	SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL	SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL	SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL	TRATAMIENTO
<p>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, PREGUNTAR</p> <p>¿Tiene dolor de oído?</p> <p>¿Tiene supuración del oído?</p> <p>En caso afirmativo, ¿Cuánto tiempo hace?</p> <p>Observar si hay supuración del oído</p> <p>Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja</p> <p>Observar si el tímpano está rojo (Si otoscopio disponible)</p>	<p>↑ Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja</p>	<p>↑ MASTOIDITIS</p>	<p>↑ Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado</p> <p>↑ Dar la primera dosis de paracetamol para el dolor.</p> <p>↑ Referir URGENTEMENTE al Hospital.</p>	<p>↑ Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado</p> <p>↑ Dar la primera dosis de paracetamol para el dolor de oído</p> <p>↑ Secar el oído con mechas si hay supuración.</p> <p>↑ Hacer el control en 5 días</p> <p>↑ Secar el oído con mechas</p> <p>↑ HACER CONTROL EN 5 DIAS.</p>
<p>Observar si hay supuración del oído</p> <p>Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja</p> <p>Observar si el tímpano está rojo (Si otoscopio disponible)</p>	<p>Supuración visible del oído e información de que este comenzó hace menos de 14 días, o Dolor de oído o Tímpano esta rojo (por otoscopia)</p>	<p>OTITIS AGUDA</p>	<p>↑ Dar un antibiótico durante 7 días</p> <p>↑ Dar paracetamol para el dolor de oído</p> <p>↑ Secar el oído con mechas si hay supuración.</p> <p>↑ Hacer el control en 5 días</p> <p>↑ Secar el oído con mechas</p> <p>↑ HACER CONTROL EN 5 DIAS.</p>	<p>↑ Dar un antibiótico durante 7 días</p> <p>↑ Dar paracetamol para el dolor de oído</p> <p>↑ Secar el oído con mechas si hay supuración.</p> <p>↑ Hacer el control en 5 días</p> <p>↑ Secar el oído con mechas</p> <p>↑ HACER CONTROL EN 5 DIAS.</p>
<p>Observar si hay supuración del oído</p> <p>Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja</p> <p>Observar si el tímpano está rojo (Si otoscopio disponible)</p>	<p>Supuración visible del oído e información de que este comenzó hace 14 días</p>	<p>OTITIS CRONICA</p>	<p>↑ Secar el oído con mechas</p> <p>↑ HACER CONTROL EN 5 DIAS.</p>	<p>↑ Secar el oído con mechas</p> <p>↑ HACER CONTROL EN 5 DIAS.</p>
<p>No hay tumefacción dolorosa detrás de la oreja, ni supuración visible ni tímpano rojo</p>	<p>NO TIENE PROBLEMA OIDO</p>	<p>↑ Aconsejar a la madre sobre los cuidados del niño en casa</p>	<p>↑ Aconsejar a la madre sobre los cuidados del niño en casa</p>	<p>↑ Aconsejar a la madre sobre los cuidados del niño en casa</p>

# ¿ TIENE EL NIÑO PROBLEMA DE GARGANTA?

## SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA/PREGUNTAR

- OBSERVAR, PALPAR:**
- ¿ Tiene dolor de garganta?
  - Observar si hay exudado blanco en la garganta
  - Observar si la garganta esta eritematosa.
  - Palpar si hay ganglios de cuello crecidos

Checkear PROBLEMA DE GARGANTA

Ganglios linfáticos del cuello crecidos. Exudado blanco en la garganta	FARINGO-AMIGDALITIS AGUDA SUPURADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar una dosis de penicilina benzatínica</li> <li>Dar un remedio inocuo para aliviar el dolor.</li> <li>Si el dolor no cede o el niño tiene fiebre alta dar paracetamol</li> </ul>
Garganta eritematosa o con exudado blanco pero sin ganglios linfáticos crecidos	FARINGITIS VIRAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar un un remedio inocuo para aliviar el dolor</li> <li>Si el dolor no cede o el niño tiene fiebre alta dar paracetamol</li> <li>Acomodar a la madre sobre los cuidados en casa</li> </ul>
No hay garganta eritematosa ni con exudados blancos ni ganglios linfáticos crecidos y dolorosos	NO FARINGITIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>TIENE</li> <li>Der un un remedio inocuo para aliviar el dolor</li> </ul>

## GUÍAS CLÍNICAS

### INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

#### RESFRÍO COMÚN (RINOFARINGITIS AGUDA J00).

#### DEFINICIÓN

Enfermedad de curso habitualmente benigno, de etiología viral, que se caracteriza por compromiso catarral de vías áreas superiores, autolimitado de 2 a 5 días.

#### CUADRO CLÍNICO

Inicio repentino caracterizado por leve compromiso del estado general, obstrucción nasal, coriza estornudos, tos seca escasa y fiebre. En menores de 1 año se puede acompañar de trastornos de la alimentación o el sueño.

#### TRATAMIENTO

En lactantes (sobretudo < 4 meses), limpiar cada fosa nasal con suero fisiológico, 2 gotas en cada fosa nasal varias veces al día, condicional a congestión nasal.

- Evitar exceso de abrigo
- Alimentación fraccionada
- Dar líquidos a los niños mayores de 6 meses ofrecer jugos de fruta al natural, los jugos son preparados con agua hervida.
- En los niños menores de 6 meses dar lactancia materna exclusiva.

#### MEDICAMENTOS

En caso de fiebre con temperatura mayor ó igual a 38.5 °C (axilar):

Paracetamol, via oral 10-15 mg/kg/dosis, máximo 60 mg/kg/día. Para las presentaciones disponibles en el petitorio:

Presentaciones	Concentración	Cálculo práctico por dosis	Observaciones
Gotas	5 mg por cada gota	2-3 gotas por cada Kg	Lactantes
Jarabe	120 mg por cada 5 cc	1 ml por cada 2 Kg	Menores de 7 años
Tableta	500 mg por tableta	½ a 1 tableta por dosis (máximo 4 gramos por día)	Mayores de 7 años

No usar antibióticos ni mucolíticos.

#### INSTRUCCIONES A LA MADRE

Continuar alimentando al niño varias veces al día.

- Dar remedios inocuos como leche materna , para otros niños y adolescentes dar remedios caseros, culturalmente aceptados en cada zona del país
- Retomar de inmediato si aparece cualquier signo de alarma (respiración rápida, quejido al respirar, dificultad respiratoria, rechazo a la alimentación o lactancia, etc.).
- Control en la Unidad de Prevención en 48 horas

## FARINGO AMIGDALITIS VIRAL(J02 ~J03)

### DEFINICIÓN

Inflamación de la faringe y/o amígdalas, en ausencia de sintomatología nasal, sin exudado. En los niños menores de 3 años, las faringo amigdalitis son habitualmente de causa viral.

### CUADRO CLÍNICO

Inicio brusco, fiebre, decaimiento, odinofagia, cefalea, ocasionalmente vómitos. Puede durar 2 – 3 días

### TRATAMIENTO

Medidas generales similares a las recomendaciones para el resfriado común (excepto limpieza de fosas nasales).

### MEDICAMENTOS

Para el tratamiento del dolor y fiebre:

Paracetamol 10-15 mg/kg/dosis cada 4-6 horas, máximo 60 mg/kg/día ó 4 gramos/día; ó  
Ibuprofeno 5-10 mg/kg/dosis cada 6-8 horas, máximo 50 mg/kg/día ó 2 gramos/día.

## FARINGO AMIGDALITIS AGUDA BACTERIANA

### DEFINICIÓN

Inflamación de la faringe y/o amígdalas, con exudado y adenopatías cervicales habitualmente dolorosas. En los niños mayores de 6 años es más frecuentemente debida a estreptococo. En los niños menores de 3 años habitualmente es por causas virales (adenovirus) y no necesita tratamiento antibiótico, excepto en la difteria.

### CUADRO CLÍNICO

Inicio brusco, fiebre habitualmente mayor de 38.5 °C, decaimiento, odinofagia, rinolalia, cefalea, ocasionalmente vómito y dolor abdominal.

### TRATAMIENTO

Medidas generales: Reposo mientras dure el periodo febril, ingesta de líquidos y alimentos según tolerancia.

### MEDICAMENTOS

El antibiótico habitualmente reduce el dolor luego de los primeros 2 días de tratamiento. Mientras tanto, para el tratamiento del dolor y fiebre:

- Paracetamol 10-15 mg/kg/dosis cada 4-6 horas, máximo 60 mg/kg/día ó 4 gramos/día; ó
- Ibuprofeno 5-10 mg/kg/dosis cada 6-8 horas, máximo 50 mg/kg/día ó 2 gramos/día.

Para el tratamiento antibiótico:

Antibiótico	Dosis	Duración
Penicilina benzatínica	< 20 kg de peso: 600,000 UI dosis única intramuscular > 20 kg de peso: 1'200,000 UI dosis única intramuscular	1 sola dosis
Penicilina clemizol	50.000 UI /kg/día en 1 dosis/día	10 días
Amoxicilina	40-50 mg/kg/día en 3 dosis/día	6 días
Entromicina	30-50 mg/kg/día en 3-4 dosis/día	10 días
Cefuroxima axetil	20-30 mg/kg/día en 2 dosis/día	5 días
Azitromicina	10-12 mg/kg/día en 1 dosis/día (máximo 500 mg/día)	5 días

NOTA: Penicilina benzatínica es el medicamento de elección, seguido de amoxicilina. En alergia a penicilina, entromicina ó azitromicina son de elección.

Recuerde que el tratamiento antibiótico tiene dos razones: reducir las molestias y sobretodo erradicar el estreptococo de la faringe. Insista en la necesidad de cumplir con todos los días de tratamiento, pues un tratamiento incompleto no garantiza la erradicación del estreptococo.

## OTITIS MEDIA AGUDA (H65)

### DEFINICIÓN

Inflamación del oído medio y de la trompa de eustaquio, uni o bilateral.

### CUADRO CLÍNICO

Otalgia intensa, de comienzo brusco y fiebre. Pueden asociarse irritabilidad, vómitos e hipoacusia. Al examen otoscópico: enrojecimiento de la membrana timpánica y en algunos casos abombamiento o perforación con supuración por menos de 2 semanas.

### MANEJO

El antibiótico habitualmente reduce el dolor luego de los primeros 2-3 días de tratamiento. Mientras tanto, para el tratamiento del dolor y fiebre:

- Paracetamol 10-15 mg/kg/dosis cada 4-6 horas, máximo 60 mg/kg/día ó 4 gramos/día; ó
- Ibuprofeno 5-10 mg/kg/dosis cada 6-8 horas, máximo 50 mg/kg/día ó 2 gramos/día.

ANTIBIOTICOS	ESQUEMAS (10 días de duración)
Primera línea	Amoxicilina 40-50 mg/kg/día en 3 dosis
Paciente alérgico a penicilinas	Cotrimoxazol 10 mg/kg/día en 2 dosis Cloramfenicol 50 mg/kg/día en 4 dosis
Segunda línea (*)	Cotrimoxazol 10 mg/kg/día en 2 dosis Cloramfenicol 50 mg/kg/día en 4 dosis Cefactor 40-50 mg/kg/día en 3 dosis Axetil-cefuroxima 25-30 mg/kg/día en 2 dosis

(\*)= casos de persistencia de molestias a las 72 horas de tratamiento con droga de primera línea. Una otitis media aguda de causa viral también puede explicar la falta de respuesta al antibiótico.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

Enviar a otorrino frente a: 3 ó más episodios en un año, otorrea persistente (más de 15 días) hipoacusia por más de 3 semanas.  
Enviar a Urgencia en caso de sospecha de mastoiditis o meningitis.

## INSTRUCCIONES A LA MADRE

Volver a consultar en caso de persistir fiebre y/o supuración por más de 3 días. Si hay apandición del dolor con aumento de volumen retroauricular compromiso progresivo del estado general. Acudir a urgencias.

Indicar control a los 5 días de tratamiento y en caso de persistir la hipoacusia por más de 3 semanas.

Secar el oído con una mecha por lo menos tres veces por día.

Retorcer un paño absorbente formando una mecha.

- Colocar la mecha en el oído del niño
- Retirar la mecha cuando este empapada
- Reemplazar la mecha por otra limpia y repetir el procedimiento hasta que el oído este seco

## LARINGITIS OBSTRUCTIVA AGUDA (J04)

### DEFINICIÓN

Obstrucción inflamatoria aguda de la laringe que puede comprometer epiglotis, glotis o región subglótica. Más frecuente entre los 1 y 5 años.

### CUADRO CLÍNICO

Inicio nocturno y evolución rápida. Disfonia o tos disfónica (perruna), estridor inspiratorio, dificultad respiratoria, fiebre moderada.

- Grado 1:** Disfonia, estridor inspiratorio leve e intermitente que se acentúa con el esfuerzo.
- Grado 2:** Disfonia, estridor inspiratorio continuo, tiraje leve (retracción supraesternal, intercostal o subcostal.)
- Grado 3:** Disfonia, estridor inspiratorio y espiratorio, tiraje intenso, signos de hipoxia (palidez, inquietud, sudoración, polipnea), disminución del murmullo vesicular pulmonar.
- Grado 4:** Fase de agotamiento. Disfonia, estridor, tiraje intenso, palidez, somnolencia, cianosis, aparente disminución de la dificultad respiratoria.

### TRATAMIENTO

- Grado 1:** Observación, manejo ambulatorio. Antitérmicos en caso necesario. Consultar en caso de progresión a grado 2 ó 3. Abundantes líquidos.
- Grado 2:**
- Nebulización con suero fisiológico tibio 4cc + adrenalina simple 0.5 ml hasta en 3 oportunidades por cada 10' con intervalo de 20'.
  - Dexametasona 0.2 mg/Kg/dosis/c 6 horas EV.
  - Al alta continuar con prednisona 1 MG/Kg/día vía oral en 1 ó 2 dosis por 5 días.
  - Hospitalización si el paciente empeora, o no mejora al cabo de 2 horas de tratamiento.
- Grado 3:** Hospitalización, aplicar medidas de grado 2 si hay demora en el traslado.
- Grado 4:** Hospitalización inmediata traslado con oxígeno e idealmente intubado. Ante la imposibilidad de intubación, puede intentarse la instalación transcoideica de un trocar grueso.

## BRONQUITIS AGUDA CATARRAL (J20)

### DEFINICIÓN

Enfermedad inflamatoria de la mucosa bronquial generalmente de etiología viral, de evolución benigna y autolimitada.

### CUADRO CLÍNICO

Tos productiva, fiebre, sin compromiso del estado general. Poca signología pulmonar, destaca solo la presencia de estertores.

### TRATAMIENTO

Medidas generales, adecuada ingesta de líquidos, alimentación según tolerancia.

En caso de secreción o moco verde o amarillento se debe ofrecer ATB Amoxicilina 40-50 mg/kg/día en 3 dosis por 7 días ó penicilina clemizol 50,000 UI /kg/día por 5 o más días.

### INSTRUCCIONES A LA MADRE

Volver a consultar en caso de fiebre alta, tos exigente y paroxística, respiración rápida, compromiso del estado general.

### REFERIR EN CASO DE COMPLICACIÓN

Bronquitis Obstructiva, Neumonía

## BRONQUIOLITIS / SINDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL (J21)

### DEFINICIÓN

Enfermedad caracterizada por obstrucción aguda y reversible de bronquios y bronquiolos (menos 2 semanas), generalmente de etiología viral. Se presenta de preferencia en los primeros 2 años de vida.

### CUADRO CLÍNICO

Tos de intensidad variable, fiebre moderada, polipnea, sibilancias audibles, dificultad respiratoria y para alimentarse. En el menor de 2 meses puede presentarse episodios de apnea. Depende del grado de obstrucción: Taquipnea, retracción torácica, palidez, cianosis, hipersonoridad a la percusión, espiración prolongada, sibilancias, roncus, murmullo vesicular disminuido o ausente, taquicardia, ruidos cardíacos apagados, compromiso del estado general, excitación o depresión psicomotora.

Grado	Frecuencia <6M	Respirar > 6m	Sibilancias	Cianosis	Retacción
0	<40	<30	NO	NO	NO
1	41-55	31-45	Fin de Espiración	Perioral en reposo (*)	
2	56-70	46-60	Inspiración Espiración	Perioral en reposo	(**)
3	>70	>60	Audible	Generalizada en reposo	(***)

La gravedad se evalúa mediante el siguiente puntaje:

- 1-5 puntos = LEVE
  - 6-9 Puntos = Moderado
  - 10- 12 Puntos = Grave.
- ( Ver normas y recomendaciones para el manejo del asma en pediatría)

## TRATAMIENTO

Medidas generales: Posición semisentada, alimentación fraccionada, ropa suelta, control de la temperatura

## MEDICAMENTOS

Paracetamol, vía oral.

Lactantes 2 gotas /Kg/Peso/dosis c6/h

Niños menores de 7 años – jarabe 120 mg/5ml, 10-15mg/Kg/dosis cada 6 ó 8 horas.

Niños mayores de 7 años – 1 tableta 500mg/8 horas.

Salbutamol aerosol 100 ug/inhalación, con aerocámara. Las indicaciones dependen de la gravedad de obstrucción bronquial según el siguiente esquema:

Score <5 (leve), salbutamol o Fenoterol (aerosol), 2 Puff c/6 horas por 6 días, entre puff y puff. 1 minuto de reposo.

Score > 5 (Moderado) Se debe utilizar como antiinflamatorio bronquial corticoide endovenoso.

1 Dexametasona 0.25 mg/Kg/dosis (bolo).

2 Metilprednisolona 2mg/Kg/dosis(bolo).

3 Hidrocortisona 7 mg/Kg/dosis(bolo).

## BRONCODILATADORES

1 Aerosoles. Fenoterol o salbutamol 2 puff /10 minutos por 1 hora(10-12 puff) ó nebulizar Fenoterol 2 gotas por cada 10 kilos de peso+ suero fisiológico 5cc c/20 minutos por 1 hora (3 veces) la nebulización debe realizarse por 10 minutos. La reevaluación debe ser 1 – 1 1/2 hora. Si no mejora o empeora se debe buscar complicaciones y se debe hospitalizar. Si mejora y el score respiratorio disminuye, debe continuar ambulatoriamente:

Fenoterol o salbutamol 2 puff c/4 hora por 6 días, luego 2 puff c/6 horas por 7 días (total 13-14 días)

2 Prednisona 1mg/Kg/día en 1 o 2 dosis por 4 – 6 días.

Nota : La dosis del corticoide oral debe ir disminuyendo diariamente y evitar los efectos colaterales.

## NEUMONÍA (J18)

## DEFINICIÓN

Inflamación aguda del parénquima pulmonar, producida habitualmente por agentes virales y/o bacterianos. Puede ser focal o multifocal.

## CUADRO CLÍNICO

Tos, fiebre y dificultad respiratoria.

- El niño mayor puede presentar además punsada en el costado, dolor abdominal, vómitos, escalofríos, expectoración.
- En el lactante predomina el compromiso del estado general, rechazo alimentario, quejido, polipnea, retracción torácica, aleteo nasal.
- En el menor de 2 meses o en el desnutrido puede haber síntomas aislados o poco manifestos: tos, polipnea, apnea, fiebre o hipotermia, decaimiento, rechazo alimentario, diarrea.
- En el niño mayor lo habitual es encontrar signos de condensación pulmonar, predominando soplo y crepitantes.
- En el lactante habitualmente no se encuentran signos de condensación pulmonar, predominando el compromiso del estado general, polipnea y retracción torácica. Sospecha etiológica por Mycoplasma en mayores de 2 años con accesos de tos paroxística, buen estado general y concomitancia con otros casos familiares.

## LABORATORIO

Radiografía de tórax, hemograma

## TRATAMIENTO

TODO NIÑO MENOR DE 2 MESES DEBE HOSPITALIZARSE DE INMEDIATO

(Riesgo de apnea y paro cardiorespiratorio) En los mayores de 2 meses la indicación de hospitalización depende de la gravedad clínica

## MEDIDAS GENERALES

Reposo en cama adecuada ingesta de líquidos, alimentación fraccionada según tolerancia, evitar exceso de abrigo.

## MEDICAMENTOS

Esquema 1 Paracetamol, vía oral

Niños menores de 7 años –Jarabe 120mg/5ml

15 mg/Kg/dosis c /4 horas Condicional a T° mayor o igual 38 °C

Niños ≥ de 7 años 1 tableta 500 mgr c/4 horas condicional a T°>38 C

Si es necesario puede agregarse medidas físicas (baño o compresas tibias)

## ANTIBIÓTICOS

En atención primaria, dada la dificultad de establecer el diagnóstico etiológico, viral o bacteriana TODOS LOS NIÑOS DEBEN TRATARSE CON ANTIBIOTICOS:

\*\* Amoxicilina, vía oral

Niños menores de 7 años Suspensión 250 mg/5ml

50mg/Kg/día dividida cada 8 horas por 7 días

Niños mayores de 7 años – 1 tableta 500mg/8 horas.

\*\* Alternativa : Penicilina Clemizol, Ampolla 1'000,000UI. 50,000UI/Kg/día cada 24 hora, intramuscular, hasta que pueda utilizarse la vía oral.

Cloranfenicol. 30-50 mg/Kg/día dividida en 4 dosis < 10-14 días

Alternativas Parenterales: Penicilina G sódica 50,000 a 100,000 UI/g/peso E.V. c/4 horas. Día

Ampicilina 50 – 100 mg/kg/día cada 6 horas.

Cefalosporinas : Cefalexina, Cefalotina 100 mg/Kg/día cada 6 horas

Ceftriaxona 50-100 mg/Kg/día cada 8 –12 horas

En caso de neumonía por mycoplasma Chlamydia.

Eritromicina 50 mg/Kg/día dividida en 4 dosis.

Clarithromicina Suspensión 250 mg, 15 mg/kg /Día cadaq 12 horas o 1 tabletas 500 mg cada 12 horas por 10 días

Azitromicina: 10mg/Kg/día en 1 dosis por 3 días. Repetir el ciclo en 10 días.

Neumonía Nosocomial: Alternativa con ceftazidima Imipenen, cefoperazona.

En caso de neumonía aspirativa : Clindamicina 25-40 mg/Kg/día cada 6 horas.

## INSTRUCCIONES A LA MADRE

Control médico a las 24 horas en el lactante y a las 48 horas en el niño mayor

Anticipar el control en el caso de presentar signos de agravamiento: fiebre mayor de 40°C, compromiso sensorial, aspecto tóxico, aumento de la polipnea y la retracción.

#### Complicaciones:

- Derrame pleural
- Neumotorax
- Derrame pericárdico
- Miocarditis
- Septicemia

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

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

- Explicar a la madre la razón por la cual se administra el medicamento al niño/adolescente
- Mostrarle como medir las dosis
- Observar a la madre mientras practica la medición de las dosis.
- Pedir a la madre que administre la primera dosis a su niño
- Explicarle minuciosamente como administrar más de un medicamento, y después rotularlo y colocarlo en el envase (si corresponde).
- Si se debe administrar más de un medicamento, recoger, contar y envasar cada medicamento por separado (si corresponde).
- Explicarle que todos los comprimidos, cápsulas y jarabes deben continuar administrándose hasta que termine el tratamiento, aunque el niño mejore.
- Explicarle a la madre que mantenga los medicamentos fuera del alcance de los niños.
- Censurar que la madre haya entendido todos los procedimientos precedentes antes que se vaya del servicio de salud.

#### CONTROL POR ENFERMERÍA AL NIÑO/ADOLESCENTE CON IRA

Atención brindada por el profesional de enfermería al niño/adolescente con infección respiratoria aguda, predominantemente a pacientes con resfriado común, incluye, identificación, evaluación, tratamiento y educación al niño/adolescentes y/o responsables del cuidado de los mismos.

#### En caso de complicaciones:

- Sinusitis, otitis media, adenoiditis, síndrome obstructivo bronquial, neumonía, serán transferidos a consulta externa para la evaluación con el médico o transferirlo a Urgencias si es el caso.

#### ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

Actividad realizada por el profesional de salud(enfermera), que consiste en aplicar tratamiento que puede ser:

- Terapia antitérmica en caso de Hipertermia:
  - Por medios físicos
  - A través de administración de antipiréticos.
  - Gotas nasales en caso de obstrucción nasal.
- Terapia inhalatoria en enfermedad bronquial obstructiva
  - A través del uso de inhaladores con el uso de aerocámara o espaciadores para asegurar una correcta técnica inhalatoria e incrementar el depósito de los fármacos inhalados a nivel pulmonar.

Solo se considera tratamiento a aquellos pacientes a quienes se le realiza la administración de tratamiento en la unidad de prevención

En la unidad de prevención deberá existir un stock de medicamentos básicos para el tratamiento de las IRAs. Aprovechar durante el tratamiento para que el acompañante sea educado en prevención de IRAs y aprenda la técnica de bajar hipertermia y administración de medicamentos

#### VISITA DOMICILIARIA

Actividad realizada por el equipo de salud que consiste en acudir al domicilio del paciente y tiene por objetivo:

- Evaluar factores de riesgos
- Brindar educación con relación a la prevención y control de las enfermedades respiratorias.

#### EDUCACIÓN

Consiste en proveer de información y entrenamiento al responsable del cuidado de los niños/adolescentes para un mejor manejo en casa y prevención de las enfermedades respiratorias agudas. Esta actividad es parte inherente de las actividades de salud de todo el equipo interdisciplinario. Contenidos temáticos:

- Prevención de las enfermedades respiratorias
- Como tratar resfriado común en casa
- Como reconocer los signos y síntomas de una neumonía.
- Medición de la temperatura
- Medicina Alternativa
- Temas de acuerdo a la realidad local.

Los contenidos educativos pueden brindarse a través de:

- Educación individualizada durante la atención.
- Educación grupal mediante:
  - Técnicas audiovisuales, folletos, rotafolios, manual del usuario.
  - Talleres educativos
  - Difusión a través de medios masivos.



## TRATAMIENTO DE LAS IRAS CON MEDICINA COMPLEMENTARIA

### AJO:

#### INDICACIÓN

*Staphylococcus aureus*, *Mycobacterium tuberculosis*

#### ACCIÓN

Antiinfecciosa

#### ADMINISTRACIÓN EN NIÑOS

Preparar en infusión por 5 minutos un diente de ajo en 1 taza (250cc) de leche, y dar al niño en la mañana y en la noche por 3 días, o preparar un jarabe con la dilución de media taza de azúcar en 2 tazas de agua, e incluir una cucharadita de ajo picado, 1 cucharadita de cebolla picada y ¼ cucharadita de kión y dar al niño una cucharadita del preparado en la mañana y en la noche.

#### CEBOLLA

#### ACCIÓN

Broncodilatador, expectorante de acción directa, descongestionante, antitusígeno, antiasmático

#### ADMINISTRACIÓN EN NIÑOS

Una cabeza de cebolla mediana se pica en cuadrados medianos, y colocados en una bolsa de malla se ubica cerca de la cabecera de la cama del niño, buscando que esté cerca de sus fosas nasales para su inhalación durante la noche. Dicha indicación permanecerá hasta que se evidencie la recuperación de la broncodilatación.

Interacción medicamentosa: el consumo de grandes cantidades de cebolla puede interferir con los tratamientos anticoagulantes

#### EUCALIPTO

#### INDICACIONES

*Neumococo*, *Stafilococcus Aureus*

#### ACCIÓN

Expectorante, fluidificante y antiséptica de la secreción bronquial.

#### ADMINISTRACIÓN EN NIÑOS

Preparar inhalaciones de infusión de 10g por litro o con esencia de 5 a 15 gotas en medio litro de agua hirviendo.

#### CONTRAINDICACIONES

Niños menores de dos años.

#### INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS.

No administrar junto a analgésicos por peligro de potenciación de acciones

#### EFFECTOS ADVERSOS O TÓXICOS

Naúseas, vómitos, epigastralgia, sofocación, hematuria, neurotoxicidad, en casos mas graves depresión bulbar, respiratoria y coma

#### NABO

#### EFFECTO

Mucolítico

#### ADMINISTRACIÓN EN NIÑOS

Infusiones

#### TILO:

#### INDICACIÓN

*S. Neumoniae*, *S. Pyogenes*

#### ACCIÓN

Antibacteriano, espasmolítico, antifúngico, diaforético, sedante, diurético

#### ADMINISTRACIÓN EN NIÑOS

En un litro de agua hervida se vierte 30g. de hojas de Tilo, dejando que continúe hirviendo por 5 minutos. Se le ofrece al niño ½ taza (125ml.) tres o cuatro veces al día durante tres días o hasta que mejore el cuadro congestivo.

#### EFFECTOS ADVERSOS O TÓXICOS

El consumo en cantidades elevadas pueden presentar insomnio, taquicardia y disminución de la tonicidad cardiaca.

#### INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Potencializa efectos cuando se administra con anticoagulantes.

# ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

## ¿EL NIÑO TIENE DIARREA?

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA PREGUNTAR**

¿Cuánto tiempo hace? Hay sangre en las Heces?

**OBSERVAR Y EXPLORAR**

Determinar el estado general del niño

¿El niño Está: Letárgico o comatoso? Intranquilo e irritable? Determinar si tiene los ojos hundidos.

Determinar si la boca y lengua están secas.

Ofrecer líquidos al niño: ¿El niño no puede beber?

¿Bebe ávidamente, con sed? Signo del pliegue cutáneo.

¿La piel vuelve al estado anterior Muy lentamente(más de 2 Segundos)?

Clasificar la DIARREA	Deshidratación	DESIDRATACIÓN GRAVE O CON SHOCK	Si el niño no se encuentra en ninguna otra clasificación grave: Administrar Plan C: Tratar la deshidratación grave. Si el niño enciende en una clasificación grave: Referir URGENTEMENTE al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho. Si hay signos de colapso en la zona, administrar un antibiótico apropiado.
Don de los signos siguientes: - Intranquilo, irritable - Ojos Hundidos - Boca y lengua seca. - Bebe ávidamente con sed. - Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior.	NO TIENE DESIDRATACIÓN	DIARREA PERSISTENTE GRAVE	Administración Plan B: Tratar la deshidratación con SRO. Si el niño enciende en una clasificación grave: Referir URGENTEMENTE al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho. Si la diarrea continúa, hacer una consulta de control a los 5 días después.
No hay suficiente signos para calificar el caso como deshidratación grave o shock	Hay deshidratación	DIARREA PERSISTENTE	Administración Plan A: Tratar la diarrea en casa. Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. Si la diarrea continúa, hacer una consulta de control a los 5 días después.
No hay Deshidratación	Sangre en las Heces	DIARREA PERSISTENTE	Tratar la deshidratación antes de referir al niño, salvo que enciende en otra clasificación grave. Referir al hospital. Explicar a la madre cómo debe alimentar a un niño que tiene DIARREA. Hacer control en 5 días después.
	Hay sangre en las Heces	DIARREA PERSISTENTE	Administración tratamiento durante 5 días con un antibiótico oral recomendado en su zona para shigella. Hacer el control 2 días después.

## DIARREA EN EL MENOR DE 2 MESES

### ¿ TIENE EL NIÑO DIARREA?

**SILA RESPUESTA ES AFIRMATIVA PREGUNTAR**

¿Cuánto tiempo hace? Hay sangre en las Heces?

**OBSERVAR Y EXPLORAR**

Determinar el estado general del niño

¿El niño Está: Letárgico o comatoso? Intranquilo e irritable? Determinar si tiene los ojos hundidos.

Determinar si la boca y lengua están secas

Signo del pliegue cutáneo: ¿La piel vuelve al estado anterior Muy lentamente(más de 2 segundos)? Lentamente?

Recordar que los niños con lactancia materna exclusiva tienen las deposiciones normalmente frecuentes o sueltas sin llegar hacer diarrea. Aun así se puede reconocer la diarrea porque la consistencia o frecuencia de las deposiciones es diferente de las normales. La sed generalmente no se evalúa puesto que no es posible distinguir la sed del hambre en este grupo de niños.

Deshidratación	DESIDRATACIÓN GRAVE O CON SHOCK	Si el niño no se encuentra en ninguna otra clasificación grave: Administrar Plan C: Tratar la deshidratación grave. Si el niño enciende en una clasificación grave: Referir URGENTEMENTE al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho. Si la diarrea continúa, hacer una consulta de control a los 5 días después.
Don de los signos siguientes: Letárgico o comatoso o no puede beber. Ojos Hundidos. Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente a su estado anterior.	DIARREA PERSISTENTE GRAVE	Administración Plan B: Tratar la deshidratación con SRO. Si el niño enciende en una clasificación grave: Referir URGENTEMENTE al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho. Si la diarrea continúa, hacer una consulta de control a los 5 días después.
Don de los signos siguientes: Intranquilo, irritable. Ojos Hundidos. Boca y lengua seca. Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior.	DIARREA PERSISTENTE GRAVE	Administración Plan A: Tratar la diarrea en casa. Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. Si la diarrea continúa, hacer una consulta de control a los 5 días después.
No hay suficiente signos para calificar el caso como deshidratación grave o shock	DIARREA PERSISTENTE GRAVE	Tratar la deshidratación antes de referir al niño, salvo que enciende en otra clasificación grave. Referir al hospital.
Tiene Diarrea hace 14 días o más	DIARREA PERSISTENTE GRAVE	Referir al hospital.
Hay sangre en las Heces	DIARREA PERSISTENTE GRAVE	Referir al hospital.

## GUÍA CLÍNICA

### CONTROL DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

#### HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Debe constar en la anamnesis:

- Episodios previos en el año
- Tiempo de enfermedad
- Características de la diarrea (con moco, con sangre, con pujo).
- Presencia de vómitos, fiebre
- Volumen urinario y hora de la última micción
- Características de los líquidos y alimentos.
- Tratamiento recibido

#### IDENTIFICACION DE LOS SIGNOS DE DESHIDRATACION

##### OBSERVAR LO SIGUIENTE

Dos de los siguientes signos:

- ¿Cuál es el estado general del niño? Se encuentra:
- ¿Letárgico (anormalmente somnoliento), o comatoso?
- ¿Tiene los ojos hundidos?
- ¿Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente al estado anterior (más de 2 segundos)?

#### ESTE NIÑO/ADOLESCENTE SE ENCUENTRA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE O CON SHOCK

Recuerde, todo niño /adolescente con deshidratación necesita líquidos adicionales y rápidamente, tratar por vía endovenosa por sonda nasogastrica en el establecimiento

En el plan C: Tratar la deshidratación grave o con shock

#### PLAN C TRATAMIENTO INTRAVENOSO EN EDA

##### PREPARACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS

(\*) Preparar la SOLUCIÓN POLIELECTROLITICA (SPE) como sigue:

Dextrosa al 5%	500ml
Cloruro de Sodio al 0.9%	500ml
Bicarbonato de Sodio al 8.4% (*)	20ml
Cloruro de Potasio (*)	10ml

(\*) ó 10 ml de Lactato Ringer

(\*) ó Cloruro de Potasio al 20% (Kalium)

Nota: El cloruro de Potasio deberá agregarse sólo en el caso de que el paciente haya miccionado

(\*) Preparar el Lactato Ringer como sigue:

Lactato Ringer	1000 ml
Cloruro de Potasio 14.9%	7 ml
Dextrosa al 33%	70ml

De no disponer de estas Soluciones puede usarse:

(\*) Solución Salina Fisiológica (Cl Nao 0.9%) con el mismo esquema, preparándolo como sigue :

Cloruro de Sodio al 0.9%	1000 ml
Bicarbonato de Sodio al 8.4% (*)	20 ml
Cloruro de Potasio al 14.9 (*)	10 ml
Dextrosa al 33%	70 ml

(\*) ó 10 ml de Lactato Ringer

(\*) ó 7ml de Cloruro de Potasio al 20% (Kalium)

Si el niño puede beber, darle SRO por vía oral mientras tanto, dar 100mgr/Kg de solución polielectrolítica o lactato de ringer divididos de la siguiente forma:

PRIMERA HORA	SEGUNDA HORA	TERCERA HORA
50ml/Kg	25ml/Kg	25 ml/Kg

- Evaluar cada hora. Si la deshidratación no mejora, aumentar la velocidad de goteo IV.
- Evaluar al niño cada hora. Si la deshidratación no mejora aumentar la velocidad de goteo.
- Dar tratamiento SRO apenas el niño pueda beber.
- Al cabo de tres horas, clasificar la deshidratación y seleccionar el plan apropiado (A,B,C) para continuar tratamiento.

#### OBSERVAR LO SIGUIENTE

Dos de los siguientes signos: Se encuentra

- ¿intranquilo o irritable?
- ¿Tiene los ojos hundidos?
- ¿Tiene la boca y la lengua seca?
- ¿Bebe ávidamente con sed?

Explorar lo siguiente:

Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente a su estado anterior

#### NIÑO / ADOLESCENTE CON DESHIDRATACIÓN

Un niño/adolescente con deshidratación necesita líquidos como solución de sales de rehidratación oral (SRO) y alimentos. Los niños amamantados deberán continuar tomando el pecho. Los demás deberán recibir la leche habitual o algún alimento nutritivo, después de 4 horas de tratamiento con SRO. El tratamiento se describe en el "Plan B": Tratar la deshidratación con SRO. Incluye un período inicial de tratamiento en el establecimiento de salud que dura 4 horas.

Durante este tiempo, la madre tiene que dar lentamente una cantidad recomendada de solución de SRO, a cucharaditas o sorbos. Es conveniente tener un área para TRO en su establecimiento de salud.

Durante la aplicación de este plan es importante: Determinar la cantidad de SRO que se dará durante las primeras 4 horas.

## PLAN DE TRATAMIENTO "B" PARA TRATAR LA DESHIDRATACIÓN.

CANTIDAD APROXIMADA DE SOLUCIÓN DE SRO QUE HA DE ADMINISTRARSE EN LAS PRIMERAS 4 HORAS:

Edad	Menos de 4 meses	4-11 meses	12-23 meses	2-4 años	5-14 años	15 años a más
Peso	Menos de 5Kg	5-7.9 Kg	8-10.9 kg	11-15.9Kg	16-29.9 Kg	30Kg ó más
En ml	200-400	400-600	600-800	800-1200	1200-2200	2200-4000
En una medida local						

Utilizar la edad del paciente solo cuando se desconozca el peso. La cantidad aproximada de SRO necesaria (en ml) puede calcularse también multiplicando el peso del paciente (en Kg) por 75.

Si el niño lo desea se le debe dar más SRO.

Alentar a la madre a continuar amamantándolo.

### OBSERVAR CUIDADOSAMENTE AL NIÑO Y AYUDAR A LA MADRE A ADMINISTAR LA SOLUCIÓN DE SRO:

- Mostrarle que cantidad de solución debe administrarle al niño.
- Mostrarle como debe darle: una cucharadita de té cada 1 o 2 minutos si el niño tiene menos de 2 años y sorbos frecuentes en una taza si el niño es mayor.
- Comprobar de vez en cuando si hay algún problema.
- Si el niño vomita, esperar 15 minutos y continuar dando SRO, pero con mayor lentitud, por ejemplo una cucharada cada 2 ó 3 minutos.
- Si se hinchan los párpados del niño dejar de administrar SRO y darle agua o leche materna. Administrar SRO según el plan A, cuando desaparezca la hinchazón.

DESPUES DE 4 HORAS EXAMINAR NUEVAMENTE AL NIÑO UTILIZANDO EL DIAGRAMA DE EXAMEN. A CONTINUACIÓN ELEGIR EL PLAN A, B ó C PARA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO.

Si no hay ningún signo de deshidratación, pasar al plan A. Cuando la deshidratación sea corregida por lo general el niño orina y también puede estar cansado y dormirse.

Si siguen observándose signos que indiquen deshidratación leve - moderada, repetir el plan B, pero comenzar a ofrecer alimentos, y otros líquidos, con arreglo al plan A.

Si han aparecido signos que indiquen una deshidratación grave pase al plan C.

### SI LA MADRE DEBE MARCHARSE ANTES DE QUE TERMINE EL PLAN DE TRATAMIENTO B

- Mostrarle que cantidad de SRO debe administrar para terminar el tratamiento de 4 horas en el hogar.
- Entregarle paquetes de SRO, suficientes para completar la rehidratación y para otros 2 días, de acuerdo con el plan A.
- Mostrarle como debe prepararle la solución de SRO.
- Explicarle las tres reglas del plan A para tratar al niño en el hogar:
  - Dar SRO u otros líquidos hasta que cese la diarrea.
  - Alimentar al niño
  - Llevar de nuevo al niño al agente de salud, si es necesario
- Observar lo siguiente: No hay suficientes signos para clasificar el caso como deshidratación o deshidratación grave o con shock

## NIÑO / ADOLESCENTE SIN DESHIDRATACIÓN

### PLAN DE TRATAMIENTO "A" PARA TRATAR LAS DIARREAS EN EL HOGAR

#### UTILIZAR ESTE PLAN PARA ENSEÑAR A LA MADRE A

- Continuar tratando en el Hogar el actual episodio diarreico de su hijo.
- Encargarse del tratamiento precoz de futuros episodios.

Explicar las tres reglas para tratar la diarrea en el hogar:

#### DAR AL NIÑO MÁS LIQUIDO DE LO DE COSTUMBRE PARA PREVENIR LA DESHIDRATACIÓN:

- Utilizar líquidos domésticos recomendados como solución de SRO, alimentos líquidos (ejemplo: Cocimiento de arroz o sopas) o sencillamente agua. Emplear la solución de SRO PARA LOS NIÑOS DESCRITOS EN EL PROXIMO RECUADRO (Nota: si el niño tiene más de 6 meses y aun no toma alimentos sólidos, es preferible darle solución de SRO, cocimiento de arroz o agua en lugar de alimentos líquidos)
- Darle tanta cantidad de estos líquidos como sea capaz de tomar.
- Continuar administrando estos líquidos hasta que desaparezca la diarrea.

#### ALIMENTAR BIEN AL NIÑO PARA PREVENIR LA MALNUTRICIÓN:

- Continuar amamantando con frecuencia.
- Si no se da de lactar al niño, dar leche habitual.
- Si tiene 6 meses o más y ya come alimentos sólidos:
  - Darle también cereales u otras féculas mezcladas, en lo posible con leguminosas, hortalizas y carne o pescado. Agregar una dos cucharaditas de aceite vegetal a cada comida. Dar jugos de frutas frescas o plátanos machacados para proporcionar potasio.
- Dar alimentos recién preparados. Cocerlos o triturarlos o molerlos bien.
- Alentar al niño a comer, ofrecerle alimentos por lo menos 6 veces al día.
- Dar los mismos alimentos cuando cese la diarrea y agregar una comida suplementaria al día, durante dos semanas.

#### LLEVAR AL NIÑO CON EL PERSONAL DE SALUD SI NO MEJORA EN UN DÍA O PRESENTA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SIGNOS:

- Numerosas deposiciones acuosas.
- Vómitos repetidos.
- Sed intensa.
- Resistencia a comer o beber.
- Fiebre.
- Sangre en las deposiciones.

#### SE DEBE DAR A LOS NIÑOS / ADOLESCENTES SRO SI:

- Han estado sometidos a los planes de tratamiento B ó C
- Volver con el personal de salud si la diarrea empeora.

SI HA DE DARSE AL NIÑO SOLUCIÓN SRO EN EL HOGAR, ENSEÑAR A LA MADRE CUANTO DE SRO DEBE ADMINISTRAR DESPUES DE CADA DEPOSICIÓN SUELTA Y ENTREGARLE PAQUETES SUFICIENTES PARA DOS DÍAS.

EDAD	Cantidad de SRO que se ha de darse lentamente después de cada deposición	Cantidad de SRO que ha de entregarse para que se utilice en el hogar.
Menos de 24 meses	50-100 ml	500 ml x día
2-10 años	100-200 ml	1,000 ml x día
10 años a +	Todas las que deseen	2,000 ml x día

Describir y mostrar la cantidad que debe administrarse tras cada deposición mediante una unidad de medida.

#### MOSTRAR A LA MADRE COMO DEBE ADMINISTRAR EL SRO.

- Dar una cucharada de té cada 1 ó 2 minutos. Si el niño tiene menos de 2 años.
- Dar sorbos frecuentes con una taza a los niños de más edad.
- Si el niño vomita, esperar 10-15 minutos y continuar administrando la solución con mayor lentitud (por ejemplo, 1 cucharada cada dos o tres minutos)
- Si la diarrea persiste cuando se hayan administrado los paquetes de SRO, decir a la madre que de otros líquidos que se han descrito en la primera regla o vuelva al personal de salud para pedir más SRO

#### FRACASO DE LA TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL

La mayoría de los casos de deshidratación causada por diarrea pueden tratarse exitosamente con Terapia de Rehidratación Oral (TRO), sin embargo puede fallar en una pequeña proporción de casos y sus causas son:

##### ALTO VOLUMEN DE PÉRDIDA FECAL

En los pacientes con diarrea acuosa que tienen un volumen muy alto de pérdida fecal (mayor de 10ml/kg/hora), generalmente las SRO ingestas no alcanzan a compensar las pérdidas producidas por diarrea.

##### VÓMITOS PERSISTENTES

La diarrea generalmente está acompañada de vómitos y éstos "NO" son una contraindicación para la Terapia de Rehidratación Oral. Sin embargo, ocasionalmente un niño podrá tener vómitos persistentes (4 ó más vómitos en 1 hora, ó un volumen mayor de 1.5 ml/kg/hora), lo cual impedirá que la rehidratación oral sea efectiva.

Persistencia de signos de deshidratación luego de 4 a 6 horas de iniciada la Terapia de Rehidratación Oral.

Progreso hacia la deshidratación severa – shock durante la administración de la TRO

Distensión abdominal o Ileo Paralítico.

Mal absorción de monosacáridos (glucosa).

Se determina por la presencia de glucosa o sustancias reductoras en heces. El uso del SRO en estos pacientes podrá provocar un aumento marcado del volumen de las heces que contienen grandes cantidades de glucosa. A menudo cuando se descontinúan las SRO, en estos casos, el volumen de las deposiciones disminuye.

En todos estos casos deberá suspender la TRO y pasar de inmediato a la terapia endovenosa (PLAN C)

#### CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO INADECUADO

Las complicaciones de la terapia endovenosa rápida son generalmente debidas a un mal manejo del paciente durante la fase inicial y son:

- Convulsiones
- Edema pulmonar agudo
- Sobrehidratación
- Hipopotasemia
- Insuficiencia Renal Aguda
- Hipoglicemia
- Errores en el diagnóstico

#### DIARREA PERSISTENTE GRAVE

Estos niños/Adolescentes necesitan atención especial para prevenir la pérdida de líquidos, hay que tratar la deshidratación antes de internarlo o referirlo al hospital

Si no se puede referir

- TRATAR LA DESHIDRATACIÓN USANDO EL PLAN DE LÍQUIDOS APROPIADO.
- ACONSEJAR A LA MADRE CÓMO ALIMENTAR A UN NIÑO CON DIARREA PERSISTENTE. Para los niños menores de 6 meses, la lactancia materna exclusiva es muy importante. Si la madre ha ojeado de darle el pecho, ayúdala a volver a iniciar la lactancia
- ADMINISTRAR SUPLEMENTOS DE VITAMINA Y MINERALES, todos los días durante 2 semanas, y que incluya por lo menos el doble de la cantidad diaria recomendada de folato, vitamina A, zinc, magnesio, hierro y cobre
- IDENTIFICA Y TRATA LA INFECCIÓN. Algunos niños con DIARREA PERSISTENTE tienen infecciones, tales como neumonía, septicemia, infección de las vías urinarias, infección del oído, disenteria y amebiasis. Estas infecciones requieren tratamiento con antibióticos. Si no se identifica una infección específica no dar antibiótico por que no son eficaces
- VIGILA AL NIÑO y a la madre a diario, vigila la alimentación y los tratamientos, así como la reacción del niño. Pregunta qué alimentos come y cuánto. Pregunta acerca del número de deposiciones diarreas. Verifica si hay signos de deshidratación y fiebre
- Una vez que el niño esté comiendo bien y nos presente signos de deshidratación, controla al niño de nuevo en 2 a 3 días. Si hay cualquier signo de deshidratación o problemas con el cambio de alimentación, continúa viéndolo a diario. Ayuda a la madre lo más que puedas.
- IDENTIFICA AL NIÑO DESNUTRIDO CON DIARREA PERSISTENTE. Si al evaluar el estado nutricional del niño con diarrea persistente (ver más adelante) lo clasificas como desnutrición moderada o grave, intéralo o refiérole URGENTEMENTE al Hospital.

## DIARREA PERSISTENTE

Un niño que ha tenido diarrea por 14 días o más y no presenta signos de deshidratación se clasifica como **DIARREA PERSISTENTE**.

Explicar a la madre como debe alimentar a un niño/adolescente que tiene diarrea persistente. la alimentación es importante en estos casos, estas personas con diarrea pueden tener dificultad para digerir la leche que no sea materna. Por lo tanto, si todavía se alimenta con leche materna, que tome el pecho más frecuente y durante más tiempo, de día y de noche. Si toma otro tipo de leche, sustituir la mitad de la leche con alimentos semisólidos nutritivos.

Para otros alimentos, seguir los consejos relativos a los alimentos apropiados para la edad del niño. Dar una comida extra hasta 2 semanas después que pase la diarrea.

La consulta de control debe ser a los 5 días y se debe seguir las siguientes instrucciones

### DESPUÉS DE 5 DÍAS

Preguntar ¿Continúa la diarrea?

¿Cuántas veces por día tiene una evacuación acuosa?

### TRATAMIENTO

Si la diarrea persiste, es decir, si tiene aún 3 deposiciones acuosas o más por día efectúa una reevaluación completa siguiendo el cuadro de procedimientos ( primera hoja del capítulo de diarreas)

### EVALUAR Y CLASIFICAR

- Identifica y trata cualquier problema que requiera atención inmediata, como la deshidratación. Luego refiere el niño al hospital.
- Si la diarrea ha cesado, instruye a la madre a que siga los consejos sobre alimentación habitual del niño/adolescente de acuerdo a su edad y que vuelva en 15 días para su control.

## DISENTERIA

Clasifica a todo niño/adolescente con diarrea y sangre en las heces

### TRATAMIENTO

Si tuviera deshidratación o deshidratación grave con shock, trata primero la deshidratación.

Adminístrale un antibiótico recomendado para Shigella, asumiendo que este germen es la causa de la disentería ya que:

- Shigella causa alrededor del 60% de los casos de disentería vistos en los servicios de salud.
- Shigella causa casi todos los casos de disentería que pone en peligro la vida.

### EXAMENES AUXILIARES

En general, la mayoría de los pacientes con enfermedad diarreica aguda, puede ser tratados adecuadamente, sin ayuda de exámenes auxiliares.

Si el paciente necesitara algún procedimiento auxiliar, será referido a consulta externa, donde se solicitará por ej.:

- Reacción inflamatoria en heces
- Coprocultivo y otros exámenes

## ADMINISTRAR ANTIBIOTICO POR VIA ORAL A LOS CASOS DE DISENTERIA Y COLERA GRAVE

LO ESENCIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA ES LA HIDRATACION Y LA ALIMENTACION Y NO LA ANTIBIOTICOTERAPIA  
NIÑOS MENORES DE 8 AÑOS

Disenteria Por Shigella	COTRIMOXAZOL 10mg/kg /d de TMT en 2 dosis Por 5 días O  FURAZOLIDINA 7.5mg/kg /d en 4 dosis / 5 días
Colera Grave	COTRIMOXAZOL 10mg/kg /d de TMT en 2 dosis Por 5 días  O  FURAZOLIDINA 7.5 mg/kg /d en 4 dosis / 5 días

Otra alternativa de tratamiento antibiotico en disenteria puede considerarse al ácido nalidixico a dosis de 25 mgr / Kgr / día, dividido en 4 tomas por 5 días.

Comenzar a dar el antibiótico oral, después que el paciente se encuentra hidratado y que el vómito desaparece.

Los antibióticos inyectables no ofrecen ninguna ventaja y además son caros

Nota

Si el paciente presenta fiebre, utilizar medios físicos y/o antipiréticos como el paracetamol, de acuerdo al caso y en las dosis terapéuticas.

Dígale a la madre que regrese en 2 días a la consulta de control para asegurarte que el niño está mejorando. Debes seguir los siguientes pasos:

Después de 2 días:

Evaluar al niño con respecto a la diarrea

- Preguntar
- ¿Disminuyó el número de deposiciones?
  - ¿Hay menor sangre en las heces?
  - ¿Bajo la fiebre?
  - ¿El niño/adolescente se está alimentando mejor?

### CRITERIO DE REFERENCIA Y ALTA

### CRITERIOS DE REFERENCIA

Todo paciente referido a niveles superiores será objeto de atención prioritaria.  
Todo paciente contrareferido será objeto de seguimiento.

## CONSULTA EXTERNA

- Casos de diarrea acuosa
- Casos de diarrea disintérica
- Casos de diarrea sospechosa de cólera
- EDA con deshidratación moderada
- Casos de diarrea persistente
- Caso de diarrea asociada a otras enfermedades

## EMERGENCIA

- Casos de EDA con deshidratación severa con shock
- Casos de EDA con deshidratación severa con o sin signos de Sepsis
- Casos de EDA con fracaso de la Terapia de Rehidratación Oral

## HOSPITALIZACIÓN

- Casos de EDA con signos de complicaciones:
  - Insuficiencia Renal
  - Disturbios metabólicos
  - Ileo paralítico
  - Síndrome Uremico Hemolítico.

## CRITERIOS DE ALTA

- Evolución favorable: Desaparición de los signos de deshidratación
- Buena tolerancia oral: Los vómitos deben desaparecer a partir de la iniciación del tratamiento, por lo general dentro de la primera hora. Si éstos persisten, debemos pensar en una diarrea de evolución complicada.
- Buena diuresis: la diuresis debe reanudarse en el curso de las primeras horas de iniciado el tratamiento.
- Tendencia de la diarrea a mejorar: Disminución en frecuencia y volumen de las deposiciones, teniendo en cuenta que éstas tardan días en normalizarse.
- No deben existir evidencias de complicaciones.
- Las madres deben haber recibido instrucciones precisas en la prevención de la diarrea, mantenimiento de la hidratación, alimentación y otras de acuerdo a cada caso.

## CONTROL POR ENFERMERÍA AL NIÑO/ADOLESCENTE CON EDA

Atención brindada por el profesional de enfermería al niño/adolescente con enfermedad diarreica aguda, predominantemente a pacientes con EDA Leve- Moderada, incluye, identificación, evaluación, tratamiento y educación al niño/adolescentes y/o responsables del cuidado de los mismos. En caso que el niño/adolescente presente signos y síntomas de una deshidratación severa que requiera la administración de líquidos por vía endovenosa o medicamentos referir al médico o a urgencias. Todo paciente referido a niveles superiores será objeto de atención prioritaria y el paciente contrarefendo será objeto de seguimiento.

## ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

Actividad realizada por el profesional de la salud(enfermería), que consiste en aplicar tratamiento que puede ser:

Terapia de rehidratación oral, ver en plan de tratamiento A y B.

Solo se consideran tratamiento aquellos pacientes a quienes se le realiza la administración de tratamiento en la unidad de prevención.

En la unidad de prevención deberá existir un stock de medicamentos básicos para el tratamiento de las EDAS( SRO). Aprovechar durante el tratamiento para que el acompañante sea educado y aprenda la técnica

## VISITA DOMICILIARIA

Actividad realizada por el equipo de salud, que consiste en acudir al domicilio del paciente y tiene por objetivo

- Evaluar factores de riesgos
- Brindar educación en relación a la prevención de las enfermedades diarreicas agudas.

## EDUCACIÓN

Consiste en proveer información y entrenamiento al responsable del cuidado de los niños/adolescentes para un mejor manejo en casa y prevención de las enfermedades diarreicas agudas. Esta actividad es parte inherente de las actividades de salud de todo el equipo interdisciplinario.

Contenidos temáticos:

- Prevención de las enfermedades diarreicas agudas.
- Como tratar las diarreas en el hogar.
- Como reconocer los signos y síntomas de una deshidratación.
- Medicina Alternativa
- Temas de acuerdo a la realidad local.

Los contenidos educativos pueden brindarse a través de:

- Educación individualizada durante la atención.
- Educación grupal mediante:
  - Técnicas audiovisuales, folletos, rotafolios, manual del usuario.
  - Talleres educativos
  - Difusión a través de medios masivos.

## PREVENCIÓN

### PRACTICAS PREVENTIVAS

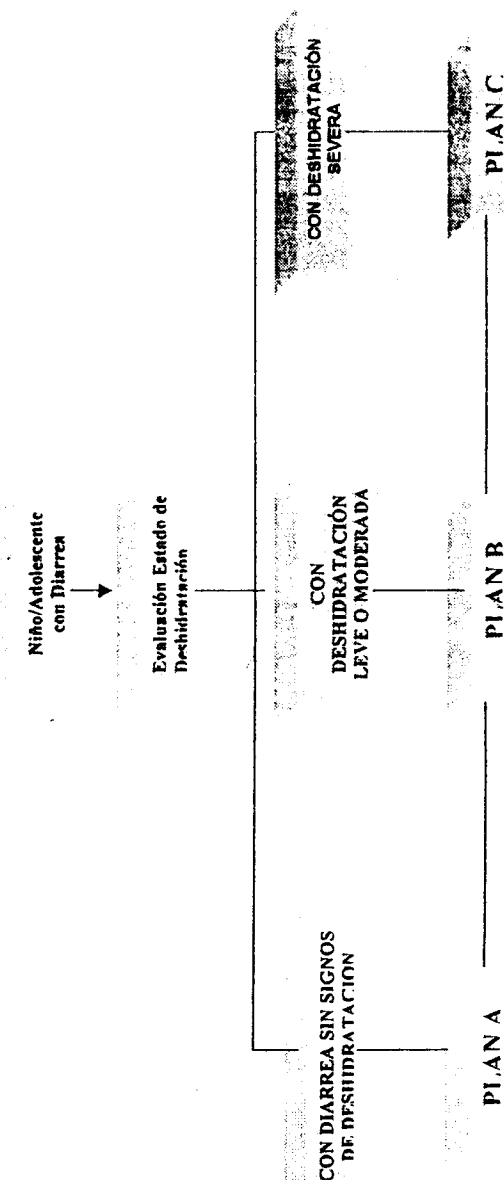
- LACTANCIA MATERNA
- MEJORES PRACTICAS DE DESTETE
- INGERIR AGUA HERVIDA O CLORADA.
- LAVADO DE MANOS.
- UTILIZACIÓN ADECUADA DE AGUA ABUNDANTE PARA LA HIGIENE DE BAÑOS Y/O LETRINAS
- LIMPIEZA Y DESINFECCION DE BAÑOS O LETRINAS.
- ELIMINACION APROPIADA DE LAS DEPOSICIONES DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS.
- INMUNIZACION CONTRA EL SARAMPION.

## COMO TRATAR LA DIARREA EN EL HOGAR

(TARJETA PARA LAS MADRES)

<p><b>TAN PRONTO COMO COMIENCE LA DIARREA, DAR AL NIÑO MÁS LIQUIDOS QUE DE COSTUMBRE</b></p> <p><b>DAR :</b> Lactancia Materna más frecuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solución de SRO.</li> <li>• Alimentos líquidos como cocimiento de arroz y sopas.</li> <li>• Agua hervida tibia.</li> <li>• Si el niño tiene menos de 6 meses y se alimenta solo de leche materna, darle únicamente solución de SRO o cocimiento de arroz, aparte de la leche materna.</li> </ul> <p><b>DARLE AL NIÑO TANTO LIQUIDO COMO DESEE</b></p>	<p><b>2. ALIMENTAR BIEN AL NIÑO Después de la Diarrea.</b></p> <p>Darle :</p> <p>Pecho con frecuencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no se amamanta al niño, darle la leche habitual</li> <li>• Si el niño tiene 6 meses ó más o ha empezado ya a tomar alimentos sólidos, darle también Cereales u otras féculas, mezclados con leguminosas, hortalizas, carne o pescado, con un poco de aceite</li> <li>• Jugos de frutas frescas o plátano machacado</li> <li>• Alimentos recién preparados, cocidos y bien machacados o triturados</li> <li>• Comidas frecuentes y no copiosas (al menos 6 al Día)</li> <li>• Una comida suplementaria al día durante 2 Semanas tras la cesación de la diarrea.</li> </ul>
<p><b>3. LLEVAR AL NIÑO AL AGENTE DE SALUD SI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No mejora al cabo de 3 días.</li> <li>• Hace deposiciones acuosas y numerosas.</li> <li>• Vomita con frecuencia.</li> <li>• Tiene mucha sed.</li> <li>• Come o bebe poco.</li> <li>• Tiene fiebre.</li> <li>• Presenta sangre en las deposiciones.</li> </ul> <p><b>NO TRATAR LA DIARREA CON MEDICAMENTOS A MENOS QUE ASI LO RECOMIENDE EL MEDICO.</b></p>	<p><b>4. LA DIARREA PUEDE PREVENIRSE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dando exclusivamente leche materna durante los primeros 6 meses y prolongando el amamantamiento durante al menos 2 años</li> <li>• Empezando a dar los alimentos citados en la sección 2 de esta tarjeta a los 6 meses</li> <li>• Dando alimentos recién preparados y agua potable hervida.</li> <li>• Dando la leche u otros líquidos con ayuda de taza y cuchara, en lugar de utilizar el biberón</li> <li>• Haciendo que todos los miembros de la familia utilicen adecuadamente los baños y/o letrinas</li> <li>• Eliminando adecuadamente las heces de los niños pequeños</li> <li>• Limpiando y desinfectando los baños o letrinas</li> <li>• Vacunando al niño contra el sarampión a la edad recomendada.</li> </ul>

## GUIA DE ATENCION DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS





CUADRO N° 2

EXAMEN PARA DETERMINAR EN PRIMER LUGAR, SI PADECE DESHIDRATACION

A		B		C	
1.- Observar: Estado General: OJOS LAGRIMAS BOCA Y LENGUA BED		Bueno Alerta Normales Presentes Húmedos Bebe normalmente no esta sediento		INTRANQUILO IRRITABLE Hundidos Ausentes Secas "SE DIENTO, BEBE, AVIDAMENTE."	LETARGICO Muy hundidos y Secos Ausentes Muy secos "BEBE POCO O NO EN CAPA DE BEBER"
2.- Explorar: PELLIZCOS DE LA PIEL		Se recupera con rapidez		"SE RECUPERA CON MUCHA LENTITUD"	"SE RECUPERA CON MUCHA LENTITUD"
3.- Decidir:		El paciente no presenta NINGUN SIGNO DE DESHIDRATACION		Si el paciente presenta dos o más de estos signos, incluido por lo menos uno señalado con asterisco, padece DESHIDRATACION LEVE MODERADA.	Si el paciente presenta dos o más de estos signos, incluido por lo menos uno señalado con asterisco, padece DESHIDRATACION GRAVE
4.- Tratar		Utilizar el plan de tratamiento A		Pasar al paciente, si es posible utilizar el plan de Tratamiento B	Pasar al paciente, y utilizar el plan de tratamiento C URGENTEMENTE

## GUIA CLÍNICA ENFERMEDADES PARASITARIAS

## ATENCIÓN MEDICA

Son las actividades que realiza el médico para el diagnóstico y tratamiento de la parasitosis intestinal.

## ANAMNESIS:

Averiguar antecedentes. Personales, familiares y socio-económico-culturales.

- 1) Entrevistar sobre enfermedades digestivas crónicas a repetición ( número de episodios diarreicos, estreñimiento, náuseas, vómitos, dolor epigástrico, distensión abdominal, deposiciones esteatorreicas, irritabilidad, prurito anal, tenesmo, prolapso rectal, rechina los dientes, si duerme a sobresaltos)
- 2) Rendimiento escolar disminuido (irritabilidad, cansancio, que repercute sobre la capacidad intelectual de atención).
- 3) Contactos con otras personas de su entorno que hayan tenido parasitosis intestinal.
- 4) Ubicación de la vivienda: área geográfica (zona urbana, rural: Pueblo joven, asentamiento humano), lugar de procedencia (costa, Sierra ó Selva), si cuenta con servicios básicos (agua, desagüe, almacenamiento del agua), servicios higiénicos (inodoro, letrina, pozo ciego).
- 5) Conservación de alimentos
- 6) Presencia de animales domésticos y /vectores (moscas).
- 7) Hábitos alimenticios

## EXAMEN FISICO

- Edad, peso, talla
- Cabeza : características e implantación del cabello (calidad y cantidad de cabello, si es pajizo, quebradizo ú opaco)
- Piel y Mucosas: Si hay palidez, lesiones en mucosa (nariz, boca), dientes desgastados.
- Abdomen : Si se encuentra globuloso, distendido, blando, depresible, doloroso
- Gastrointestinal : prurito anal nocturno.
- Estado de higiene en general.

## DIAGNOSTICO

- Historia de la enfermedad y/o anamnesis:
  - Tiempo de enfermedad
  - Sintomatología : características del dolor (tipo cólico, postprandial, ubicación); deposiciones (con moco, sangre, restos de alimentos, frecuencia, consistencia) y síntomas asociados: vómitos, náuseas, inapetencia, bruxismo, prurito ano nasal, distensión abdominal, estado nutricional.
  - Antecedentes personales: de episodios previos de parasitosis y estados mórbidos de EDA, vulvovaginitis, procesos respiratorios no explicables.
  - Características del microambiente: con relación a su estatus socio-económico-cultural.
  - Procedencia : lugar de procedencia, emigraciones e inmigraciones, tiempo de residencia en la zona: viaje.

## EXAMEN CLÍNICO

- Peso, Talla, edad del paciente.
- Cabeza : características e implantación del cabello (calidad y cantidad de cabello, si es pajizo, quebradizo ú opaco).
- Piel y Mucosas: Si hay palidez, lesiones en mucosa (nariz, boca), dientes desgastados.

- **Abdómen:** Si se encuentra globuloso, distendido, blando, depresible, doloroso.
- **Gastrointestinal:** prurito anal nocturno.
- **Estado de higiene en general.**

### EXAMENES AUXILIARES

Algunas parasitosis no requieren mayor exploración, por referir la observación directa del parásito oxiuros o ascari. Otras veces dadas las características clínicas y el comportamiento del parásito se decide dar la prueba terapéutica, como es en el caso de giardiasis, debido a que los coproparasitológicos son en un 50% negativos y basados en las características del dolor abdominal postprandial, abundantes deposiciones sin signos de deshidratación, restos de alimentos (lienterías) además de usos de piscinas los baños en ríos, se decide la terapia.

Como método de rutina puede hacerse estudio en heces por el método directo y de sedimentación directa seriada (tres muestras), método de la cinta adhesiva o de Graham para descartar oxiuros. Lo importante es indicar en la solicitud del coproparasitológico el tipo específico de parásito a descartar verigracia, *strongiloides estercolaris*, que requieren métodos especiales de concentración de calor.

### TRATAMIENTO

AGENTE	FARMACO	DOSIS	DURACION	OBSERVACIONES
G. LAMBLIA	METRONIDAZOL	15mg/k/día	5 días	
E. VERMICULARES	MEBENDAZOL ALBENDAZOL	100mg/día 400mg/día	dosis única dosis única	Grupo familiar
A. LUMBRICOIDES	MEBENDAZOL	200mg/día	3 días	Repetir al mes.
T. TRICHIURA	MEBENDAZOL ALBENDAZOL	200mg/día 400mg/día	3 días 3 días	
H. NANA	PRAZIQUANTEL	25mg/k	dosis única	Repetir a los 15 días
E. HISTOLITICA	METRONIDAZOL	30-50 mg7k/d	7-10 días	

### CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- Pacientes que son recurrentes y/o resistentes a la terapia
- Para la obtención de medicina específica de alto costo, distribuidas sólo en hospitales de mayor nivel, por ejemplo: praziquantel.
- Definir diagnóstico específico, con pruebas especiales, como el test de la cuerda encapsulada, en el caso de *strongiloidiasis*, giardiasis e himenolipiasis.
- Completar estudios con procedimientos endoscópicos altos (duodenitis por giardia) y bajos (colitis por amebiasis), para descartar complicaciones.
- Referirlos por signos y síntomas de complicaciones extraintestinal.
- El hospital al cual fue referido para completar estudios y/o dar tratamiento pertinente deberá hacer la contrareferencia al centro asistencial de origen, con las sugerencias respectivas.

### CONTROL DE ENFERMERÍA

Es el control regular del paciente se recabará información para la identificación de riesgos y/o daños sobre aspectos relativos a la parasitosis intestinal.

### ANAMNESIS:

Averiguar antecedentes: personales, familiares y socio-económico-culturales.

- 1) Entrevistar sobre enfermedades digestivas crónicas a repetición (número de episodios diarreicos, estreñimiento, náuseas, vómitos, dolor epigástrico, distensión abdominal, deposiciones esteatorreicas, irritabilidad, prurito anal, tenesmo, prolapso rectal, rechina los dientes, si duerme a sobresaltos).
- 2) Rendimiento escolar disminuido (irritabilidad, cansancio, que repercute sobre la capacidad intelectual de atención).
- 3) Contactos con otras personas de su entorno que hayan tenido parasitosis intestinal.
- 4) Ubicación de la vivienda: área geográfica (zona urbana, rural: Pueblo joven, asentamiento humano), lugar de procedencia (costa, Sierra ó Selva), si cuenta con servicios básicos (agua, desagüe, almacenamiento del agua), servicios higiénicos (inodoro, letrina, pozo ciego).
- 5) Conservación de alimentos.
- 6) Presencia de animales domésticos, vectores (moscas).
- 7) Hábitos alimenticios.

### EXAMEN FISICO.

- **Peso talla edad** del paciente
- **Cabeza:** características e implantación del cabello (calidad y cantidad de cabello, si es pajizo, quebradizo ó opaco).
- **Piel y Mucosas:** Si hay palidez, lesiones en mucosa (nariz, boca), dientes desgastados.
- **Abdómen:** Si se encuentra globuloso, distendido, blando, depresible, doloroso.
- **Gastrointestinal:** prurito anal nocturno.
- **Estado de higiene en general**

### DIAGNOSTICO.

Se formulará el diagnóstico de enfermería, de acuerdo a los datos obtenidos en la anamnesis, examen físico, historia clínica y factores de riesgos. Derivara paciente a la consulta médica para su tratamiento respectivo si así lo requiere, en caso contrario se quedará en la unidad de prevención.

### MEDIDAS PREVENTIVAS

Es el conjunto de estrategias integradas que realizan los profesionales de la salud en éste grupo etáreo (preescolar y escolar), para la identificación, evaluación y educación del niño, adolescente y familia responsable de su cuidado, para la prevención de las enfermedades parasitarias y la promoción de la salud.

### EDUCACIÓN

Con relación a los factores de riesgo detectados; prevención, control y seguimiento de la enfermedad

### VISITA DOMICILIARIA.

Actividad de salud, en la que se va en busca del usuario para evaluar y observar factores desencadenantes de la presencia de parasitosis y/o búsqueda del paciente que abandona el control; seguimiento de casos sospechosos y contactos con parasitosis intestinal.

## TRATAMIENTO DE LAS PARASITOSIS CON MEDICINA COMPLEMENTARIA

**Tratamiento Médico:** El tratamiento médico en pacientes con infestación por Nemátodos. *Ascaris Lumbricoides*, *Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichiuris*, puede realizarse mediante el uso de plantas medicinales y de alimentos tales como:

### PAICO:

#### INDICACIÓN

*Ascaris Lumbricoides*.

#### ACCIÓN

Antiparasitaria.

#### ADMINISTRACIÓN EN NIÑOS

Se prepara 250ml de sopa de papas amarillas con cascara y una vez lista se retira del fuego y se agrega 1 cucharada de las partes aéreas de la planta molida, por día durante tres días equivalente a 5g de la planta por día. No repetir la dosis hasta pasados los seis meses de la primera dosis

#### CONTRAINDICACIONES

No usar en niños menores de 3 años de edad.

**Efectos Adversos o Tóxicos:** Náuseas, vómitos, depresión del sistema nervioso, lesiones hepáticas y renales, sordera, trastornos visuales, convulsión, coma e insuficiencia cardio-respiratoria

### OJE

#### INDICACIÓN

*Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiuris*, *Enterobius vermicularis*

#### ADMINISTRACIÓN EN NIÑOS:

Se obtiene 1 cucharada del látex de la planta y se diluye en un vaso de agua o jugo de naranja, y dar 1 vez al día por tres días.

### YERBA BUENA:

#### ACCIÓN

Espasmolítico, colerético, colágeno, antiflatulento, antipruriginoso, antiemético, y analgésico

#### ADMINISTRACIÓN EN NIÑOS.

Se recomienda una toma en infusión sobre la base de una cucharada de tamaño de postre de hojas secas y machacadas por taza a hervir (o al 30 por mil). Tomar una taza durante 7 días, se descansa durante una semana y se repite la dosis.

#### CONTRAINDICACIONES.

No usar en niños menores de 2 años.

**Efectos adversos y/o Tóxicos:** insomnio, irritabilidad nerviosa, y la esencia por vía inhalatoria, depresión cardíaca, laringo y broncoespasmo.

### AJO.

#### INDICACIÓN

*Entamoeba histolytica*

#### ACCIÓN

Antiparasitaria además antioxidante, hipotensora, hipoglucemiante, hipotensora, antiarrítmica, antiplaquetaria, e hipolipemiante.

#### ADMINISTRACIÓN EN NIÑOS

Preparar un jarabe de 250ml de miel de abeja y 8 g de ajo molido. Tomar 2 cucharadas una vez al día antes del desayuno, durante tres días seguidos.

#### PREVENCIÓN PRIMARIA

- Identificar factores de riesgo en la aparición de la parasitosis en la comunidad.
- Realizar el diagnóstico situacional de la comunidad donde se va prestar la atención de prevención y promoción.
- Trazar estrategias integrales con base educativa que permitan mejorar las prácticas saludables en la población, impartiendo charlas educativas y/o campañas de educación masiva por radio, TV, periódicos, revistas, panfletos, sobre:
  - Saneamiento ambiental.
  - Abastecimiento y/o recolección del agua potable.
  - Promoción de la higiene personal y alimentaria, poniendo énfasis en la importancia del lavado de manos y de los alimentos.
  - Medidas Preventivas en relación con el ciclo de los agentes causales de parasitosis.
  - Educación sobre signos y síntomas de la parasitosis intestinal mediante la exhibición de diapositivas, material visual explicando los mecanismos de transmisión de los agentes causales de parasitosis.
  - Enseñanza de la recolección de muestras para el examen copro parasitológico, Test de Graham para el diagnóstico de oxiuros.

## GUÍA CLÍNICA DE ASMA

CODIGO CIE 10: J45

### ATENCIÓN MÉDICA

Consiste en evaluar periódicamente la evolución clínica, el tratamiento y la severidad del asma del paciente. Según norma del programa el paciente deberá ser controlado por el médico, en promedio, 4 veces al año:

Asma Intermitente	2 veces al año.	
Asma Leve	4 veces al año.	Promedio
Asma Moderada	4 veces al año.	4 veces al año.
Asma Severa	6 veces al año.	

El médico en la consulta emitirá recetas para un trimestre, el cual será entregado por el paciente al Programa, en donde le visarán la receta para un mes, quedando archivada las otras recetas en su ficha clínica hasta su próximo control.

El próximo control se realizará en la unidad de prevención donde se efectuarán las diferentes actividades que se realizan para este grupo de pacientes como tomar flujometría evaluar la condición de salud, dar y visar las recetas que quedaron, para que el paciente lo recoja en farmacia. No es necesario que el paciente pase la consulta médica solo para que le otorguen la medicación.

A excepción de los niños menores de 5 años los cuales deberán pasar solamente la consulta o el control con el médico.

El médico al controlar al paciente anotará en la ficha clínica el puntaje encontrado en la evaluación

### EVALUACION Y DIAGNOSTICO

#### EVALUACION:

- **Historia clínica:** Usualmente proporciona los datos necesarios. Los síntomas más comunes son: sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica, tos y esputo, los que no son diagnósticos en sí mismos.
  - **Examen físico:** Puede ser normal entre exacerbaciones o auscultarse sibilantes y roncales durante la espiración. En casos severos, los sibilantes pueden auscultarse en la espiración y los muy severos presentan un tórax silente.
  - **Exámenes auxiliares:**
1. **Flujometría:** Método que mide la función pulmonar a través de la determinación del grado de obstrucción bronquial ayudando en el diagnóstico y monitorización del curso del asma.  
**Flujómetro:** Instrumento que mide el flujo expiratorio máximo (FEM) (PEF) que es el volumen de aire que se expulsa en la primera décima de segundo de una expiración máxima y cuya unidad de medida se expresa en litros /minutos.

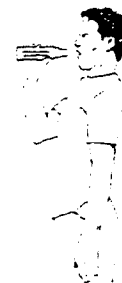
#### REQUISITOS PARA UN BUEN USO DEL FLUJOMETRO

- **Familiaridad.-** Lo más importante para usar correctamente el flujómetro es que el niño se familiarice con él, lo conozca y lo haya usado en momentos libre de síntomas.
- **Edad.-** Se indica en niños mayores de 5 años
- **Posición.-** Idealmente cada vez que se usa el niño debe estar de pie.

#### 4.- Como se usa:



4.1 Deslice el marcador del Medidor en CERO



4.2 Estando de pie, tomar aire lo más que pueda, con una mano sujetar el medidor. Mantener los dedos alejados de los números del marcador.



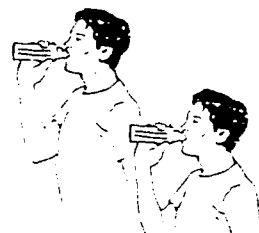
4.3 Rápidamente cerrar los labios firmemente alrededor de la boquilla, no colocar la lengua en el agujero. Bote el aire o exale tan rápido como se pueda de una sola vez.



4.4 El marcador subirá, ver en que número se detuvo el marcador



4.5 Escribir el número en la Historia clínica y en la ficha.



4.6 Repetir la medición 2 veces más y considerar el mayor valor, bajar el marcador cada vez.

## VALORACIÓN

Debe ser individual para cada niño, debiéndose conocer los valores de flujometría del paciente, para poder usar este valor como parámetro de medición, es decir el PEF, encontrado en un momento determinado se expresará como un porcentaje del mayor valor conocido. En caso que no se conozca un valor previo, se pueden usar las tablas de valores normales para la talla.

### VALORES PROMEDIOS ESPERADOS DE FLUJO ESPIRATORIO MAXIMO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES NORMALES

Estatura (cm)	Niños(as)	Estatura(cm)	Niños(as)
109	147	142	320
112	160	145	334
114	173	147	347
117	187	150	360
119	200	152	373
122	214	155	387
124	227	157	400
127	240	160	413
130	254	163	427
132	267	165	440
135	280	168	454
137	293	170	467
140	307		

Tabla modificada por Polgar G. Promadhat: Pulmonary Function Testing in Children - Technique and standards. 1991

### LOS PARÁMETROS USADOS PARA EL DIAGNÓSTICO SON:

- FEP basal menor al 80% del previsto. Cuando el basal haya resultado normal (>80%), una disminución mayor del 15% después de 6 minutos de ejercicios.
- El FEP aumenta más del 15%, 20 minutos después de la inhalación de un Beta2-agonista de corta acción.
- El FEP matutino varía más de un 20% al levantarse, con relación a la medición vespertina 12 horas después, usando un broncodilatador (más del 10% en pacientes que no están utilizando broncodilatadores).
- Obstrucción bronquial leve. Flujometría basal 80% de lo previsto, variabilidad 20%.
- Obstrucción Bronquial Leve: Flujometría basal 60-80% variabilidad 20-30%.
- Obstrucción Bronquial Severa: flujometría Basal < 60% variabilidad 30%.
- La ventaja de la flujometría permite la Monitorización de la enfermedad predicción de exacerbaciones determinación de tratamiento tanto en el hogar la consulta y la emergencia.
- Oximetría de pulso y Análisis de Gases Arteriales: Pruebas de mediano costo. Su objetivo es medir la oxigenación arterial Su uso debe ser restringido a las exacerbaciones.
- Espirometría: Prueba funcional respiratoria compleja y de mediano costo. Su objetivo es documentar el broncoespasmo del paciente en condiciones basales o luego de una prueba de provocación. El paciente debe ser evaluado en el Servicio de Neumología del Hospital de referencia. El criterio para el diagnóstico es una disminución del índice de Tiffeneau (VEF1/CVFx100) menor al 80% del previsto. Sus principales indicaciones en asma son: en la evaluación inicial del paciente y controles periódicos anuales.

### CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- Historia de exacerbaciones recurrentes, característicamente nocturnas, a menudo provocadas por factores exógenos como alérgenos, irritantes, ejercicio e infecciones virales.

- Mediciones objetivas de obstrucción al flujo aéreo y su variabilidad mediante flujometría o espirometría. Para objetivar el diagnóstico de asma es necesario demostrar la presencia de trastornos funcionales.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Obstrucciones bronquiales localizadas: cuerpo extraño, parálisis de cuerdas vocales, carcinoma de vía aérea y laringe, traqueomalacia.
- Obstrucción difusa de la vía aérea: Bronquitis crónica y enfisema, bronquiectasia, bronquiolitis obliterante, fibrosis quística, embolia pulmonar recurrente.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Cáncer de pulmón.
- Hiperreactividad asociada a reflujo gastroesofágico y tuberculosis.

### CLASIFICACION DE LA SEVERIDAD

La severidad se evalúa por los síntomas, requerimientos de medicamentos y las mediciones objetivas de la función pulmonar. Se clasifica en tres estadios (Tabla 1)

Tabla 1. CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL ASMA

SEVERIDAD	HALLAZGOS PRE-TRATAMIENTO	FLUJOMETRIA	MEDICACION NECESARIA
INTERMITENTE	Síntomas intermitentes <1 vez/semana  Exacerbaciones breves  Síntomas nocturnos <2 veces/mes  Asintomático entre episodio	Basal >80% previsto  Variabilidad <20%  Normal post Broncodilatador	Beta2 inhalado condicional  Corticoide oral puede ser necesario
LEVE	Síntomas >1/semana Pero <1 vez/día  Exacerbaciones pueden afectar actividad y sueño  Síntomas nocturnos >2 veces/mes	Basal >80% previsto  Variabilidad 20-30 %	Antiinflamatorio inhalado diario
MODERADA	Síntomas diarios  Exacerbaciones afectan actividad y sueño  Síntomas nocturnos >1 vez/semana  Uso diario de Beta2 inhalados	60-80% previsto  Variabilidad > 30%  Normal post broncodilatador	Antiinflamatorio inhalado diario  Broncodilatador acción prolongada diario, espec. Síntomas nocturnos

SEVERIDAD	HALLAZGOS PRE-TRATAMIENTO	FLUJOMETRIA	MEDICACION NECESARIA
SEVERA	Síntomas continuos  Exacerbaciones Frecuentes  Síntomas nocturnos Frecuentes  Actividad física limitada	<60% previsto  Variabilidad >30%  Baja aún con terapia óptima	Antiinflamatorio inhalado diario a altas dosis  Broncodilatador acc. Prolongada diario  Corticoide oral

## TRATAMIENTO GENERAL

### CONTROL AMBIENTAL

Puede reducir los síntomas y puede -a largo plazo- reducir la inflamación de las vías aéreas y la hiperreactividad.

Debe animarse a los pacientes a identificar sus desencadenantes específicos, que incluyen a los alérgenos, irritantes químicos, agentes farmacológicos y las infecciones virales.

Los más importantes son los aeroalérgenos, la ocurrencia de los síntomas en las vías aéreas está relacionada poderosamente con la cantidad de alérgenos ambientales. La reducción a la exposición a alérgenos de interiores y exteriores es importante aún cuando raramente es posible que sea conseguido por completo.

Medidas de control ambiental en interiores:

- Identificación de alérgenos
- Control de la fuente:
  - Recubierta del colchón y almohada.
  - Lavado de ropa de cama semanal.
  - Retiro de alfombras.
  - Reducción de humedad a menos del 50%.
- Mejor ventilación
- Empleo de limpiadores de aire

La alergia a alimentos es un raro desencadenante del asma y ocurre en niños pequeños. No debe recomendarse suspensión de los alimentos sin haberse hecho un test de provocación a doble -ciego del alimento.

### FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Conjunto de maniobras orientadas a mejorar la función de los músculos respiratorios y acondicionamiento corporal para optimizar el automanejo durante las exacerbaciones.

Se brindan mediante sesiones individuales agrupadas en:

- Reeducación diafragmática
- Acondicionamiento corporal
- Terapia kinésica

## TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

### MANEJO AMBULATORIO

La selección del esquema a utilizar se hace en base a la determinación de la severidad del asma, teniendo en cuenta la disponibilidad de la medicación. Los esquemas de manejo permiten acomodar la variabilidad entre diferentes pacientes así como en cada paciente, cuya severidad puede variar en el curso del tiempo.

Existen en el medio diferentes antiinflamatorios para el manejo del Asma, dentro de ellos los antiinflamatorios esteroides inhalados que son los que utilizamos en nuestra institución: DPB, existen otros como la Fluticasona y otros como el Budesonide. Otro tipo de antiinflamatorios son los estabilizadores de membrana del Mastocito: el Cromoglicato Disódico. Así mismo ha aparecido en los últimos dos años otro grupo de antiinflamatorios no esteroideos: los Antileucotrienos; ninguno de los nuevos antiinflamatorios tiene la suficiente potencia antiinflamatoria que los esteroides inhalados.

#### Asma Intermitente

Esquema 1:

- Salbutamol 100 ug condicional a dificultad respiratoria. Vía inhalatoria con aerocámara. No más de 3 veces/semana
- Salbutamol 200 ug previo a ejercicio o exposición a alérgeno. Vía inhalatoria con aerocámara. Cromoglicato de sodio 2 mg previo a ejercicio. Vía inhalatoria.

Evaluación cada 3 meses:

De haber respuesta adecuada, se mantendrá la terapia, permaneciendo en control periódico por el Programa ante la posibilidad de reaparición de la sintomatología. Si luego de aplicar el esquema 1 por 6 meses el paciente exacerbaba la frecuencia o intensidad de sus síntomas, se considerará Asma Persistente Leve.

#### Asma Persistente Leve

Esquema 2:

- Beclometasona 250-500 ug/día Vía inhalatoria con aerocámara. En menores de 5 años: Cromoglicato de sodio 3 mg cada 6 horas en menores de 5 años. En caso de falta de respuesta: Beclometasona 250-500 ug/día. Vía inhalatoria.
- Salbutamol 100 ug 2 inhalaciones condicional hasta 4 veces/día. Vía inhalatoria con aerocámara.

Evaluación cada 3 meses:

Si luego de aplicar el esquema 2 por 6 meses, el paciente exacerbaba la frecuencia o intensidad de sus síntomas, se considerará Asma Persistente Moderada.

#### Asma Persistente Moderada

Esquema 3

- Beclometasona 750-1,000 ug/día. Vía inhalatoria con aerocámara.
- Teofilina de acción prolongada 3-4 mg/kg/d. Vía oral.
- Salbutamol 100-200 ug condicional hasta 3-4 veces/día. Vía inhalatoria con aerocámara.

Evaluación cada 3 meses:

Si luego de aplicar el esquema 3 por 6 meses, el paciente exacerbaba la frecuencia o intensidad de sus síntomas, se considerará Asma Persistente Severa.

## Asma Persistente Severa

### Esquema 4

- Beclometasona 1,000-1500 ug/día. Vía inhalatoria con aerocámara.
- Fluticasona 125-1000 ug/día. Vía inhalatoria con aerocámara.
- Teofilina de acción prolongada 3-4 mg/kg/d. Vía oral.
- Ipratropio 60 ug cada 8 horas. Vía inhalatoria con aerocámara.
- Salmeterol 50 ug cada 12 horas. Vía inhalatoria con aerocámara.
- Salbutamol 100-200 ug condicional hasta 3-4 veces/día. Vía inhalatoria con aerocámara.
- Prednisona 0.5 mg/kg/día. Vía oral. Reducir la dosis a los 7 días al mínimo posible.

Se individualizará la terapia en cada caso.

Evaluación cada 3 meses

Tabla 2. ASMA

### TRATAMIENTO

GRADO	ESQUEMA	MEDICINAS	DOSIS/DIA Adolescente	DOSIS/DIA NIÑOS
INTERMITENTE	1	SALBUTAMOL-AEROSOL 100 MCG p/INHALACION CROMOGLICATO AEROSOL + 1 MG p/INHALACION	200 UG condicional 5 MG condicional	200 UG condicional 2 MG condicional
LEVE	2	CROMOGLICATO AEROSOL 1 MG p/INHALACION BECLOMETASONA-AEROSOL 50/250 MCG p/INHALACION SALBUTAMOL-AEROSOL 100 MCG p/INHALACION	5 MG condicional 250-500 MCG 200 UG condicional	4 - 8 MG (menores 5 años) 100 - 400 MCG 200 UG condicional
MODERADA	3	BECLOMETASONA-AEROSOL 50/250 MCG p/INHALACION TEOFILINA-R X 250 MG ó IPRATROPIO AEROSOL 20 Ug SALBUTAMOL AEROSOL 100 MCG p/INHALACION	750-1000 MCG 500 MG 180 Ug 200 UG condicional	400 - 750 UG 15 MG/KG 60 - 80 UG 200 UG condicional
SEVERA	4	BECLOMETASONA-AEROSOL 50/250 MCG p/INHALACION TEOFILINA-R X 250 MG IPRATROPIO 20 UG PREDNISONA X 5 MG SALBUTAMOL AEROSOL 100 MCG p/INHALACION	1000-1500 MCG 500 MG 180 UG 30 MG 200 UG Condicional	750 - 1500 15 MG/KG (> 7 años) 60 - 80 UG 0.5 - 1 MG/KG 200 UG condicional
SEVERA REFRACTARIA	5	ESQUEMA 4 SALMETEROL 25UG FLUTICASONA AEROSOL 125 MCG p/INHALACION	100 UG 250 - 1000 UG	50 - 75 UG 125 - 500 UG

## MANEJO DE LAS EXACERBACIONES

Exacerbación del asma caracterizada por empeoramiento progresivo de la obstrucción al flujo aéreo y evidenciada por disminución del flujo espiratorio.

Los objetivos del manejo son:

- Aliviar la obstrucción de vías aéreas tan pronto como sea posible mediante la administración repetitiva de beta 2 inhalados y la temprana introducción de corticoides
- Aliviar la hipoxemia.
- Restaurar la función pulmonar a lo normal, tan pronto como sea posible.
- Evitar futuras exacerbaciones a través de su manejo y seguimiento
- Desarrollar un plan de acción individual, para el caso de una futura exacerbación.

Evaluación inicial de la exacerbación:

### a. Severidad de la exacerbación (Tabla 3):

Estadio Leve (crisis Asmática Leve)  
Estadio Moderado (crisis Asmática Moderada)  
Estadio Severo (crisis Asmática Severa)

### b. Factores de Riesgo de Muerte:

Datos evidenciables de la Anamnesis y que deben registrarse en la historia clínica

- Uso habitual de corticoides sistémicos.
- Hospitalización por asma en el año anterior.
- Antecedente de intubación por asma
- Enfermedad psiquiátrica o problemas sicosociales.
- Falta de cumplimiento del tratamiento

## MANEJO DE LA EXACERBACION

### Tratamiento Inicial

- Salbutamol 200 ug cada 20 minutos durante la primera hora. Vía inhalatoria con aerocámara
- Según la disponibilidad de terapia inhalatoria, puede usarse alternativamente:

Fenoterol solución 0.5% 2 mg cada 20 minutos por 1 hora. Vía nebulización.

### Evaluación a los 60 minutos:

- Buena respuesta: Mejoría clínica duradera más de 4 horas  
Flujometría mayor del 80% del previsto

Se continuará Salbutamol cada 4 horas, vía inhalatoria, por 24-48 horas, siendo dado de alta y transferido a Consultorio Externo de Medicina o Pediatría para su control. Si existe mejoría sostenida en síntomas y flujometría, puede continuar el tratamiento ambulatorio. La recuperación completa de la exacerbación a menudo es gradual y puede requerir continuar la medicación por varios días para mantener el control de los síntomas y la mejoría en la flujometría

**Respuesta incompleta:** Falta de mejoría clínica duradera  
Flujometría menor del 80% del previsto

Se considerará como episodio moderado y se continuará el manejo de la exacerbación:

- Fenoterol solución 0.5 % 2 mg cada 60 minutos. Vía nebulización.
- Alternativamente puede utilizarse:
  - Salbutamol 200 ug cada 60 minutos. Vía inhalatoria con aerocámara ó
  - Prednisona 0.5 - 1 mg/kg. Vía oral. Dosis máxima al día 40 mg
- En caso de uso de vía parenteral Hidrocortisona 7 mg /Kg/dosis, luego 7mg/Kg/día E.V. o IM, dosis máximo al día 250 mg.
- Metilprednisolona 2 mg /Kg stat, luego 1mg/Kg/dosis cada 6 horas dosis máxima 125 mg E.V.
- Dexametasona 0.3 mg/KG/Dosis, stat. Luego 0.3/Kg/día. Cada 6 horas vía E.V. ó IM. Dosis máxima 4 mg.
- Adrenalina 0.3 mg cada 20 minutos en 1 hora. Vía Subcutánea.
- Oxígeno nasal suficiente para alcanzar saturación de oxígeno del 90%.

Reevaluación del caso en forma horaria:

#### **Respuesta adecuada**

Mejoría sostenida 60 minutos después de la última dosis del tratamiento. (Examen físico normal. Flujometría mayor del 70%)  
Se continuará tratamiento con salbutamol inhalado y prednisona siendo transferido a Consultorio

#### **Respuesta inadecuada**

Después de dos horas: Examen físico: síntomas leves y moderados y flujometría entre 50-70%  
Se considerará episodio severo y será hospitalizado.

#### **TRATAMIENTO**

- Fenoterol 0.5 % 2-4 mg solución, en adultos, y 1 gt/5kg peso, en niños, cada hora Vía nebulización.
- Aminofilina E.V. en infusión permanente (bomba de infusión) o por microgotero.
- Metilprednisolona 100 mg. cada 6 hrs. Vía E.V.
- Oxígeno nasal húmedo 5 lt/minuto

#### **Evaluación continua:**

- a. Mejorado: Sibancias mínimas o ausentes.  
Menos de 1 episodio nocturno con síntomas leves.  
Buena tolerancia a las actividades.  
Flujometría mayor del 70% del previsto.

Se continuará la medicación por vías inhalatoria y oral. Se educará al paciente acerca del uso de la medicación y medición de flujometría en casa, preparándolo para el alta.

- b. No mejorado o agravado:

Se le transferirá a la Unidad de Cuidados Intensivos para continuar la medicación intravenosa, monitorización, nebulización y ventilación mecánica en caso de insuficiencia respiratoria hipercapnica.

#### **CRITERIOS PARA HOSPITALIZACIÓN**

- Respuesta inadecuada dos horas después de iniciado el tratamiento.
- Severa y persistente limitación al flujo aéreo (flujometría menor del 40%)
- Antecedente de asma aguda severa con hospitalización.
- Presencia de factores de riesgo.
- Síntomas prolongados antes de llegar a Emergencia
- Domicilio alejado de servicios de salud.
- Dificultades en domicilio.

#### **CRITERIOS PARA CUIDADO INTENSIVO:**

- Falta de respuesta a la terapia en Emergencia.
- Presencia de confusión, somnolencia u otros signos de paro respiratorio inminente o pérdida de la conciencia
- Paro respiratorio inminente: hipoxemia pese a oxígeno suplementario (pO<sub>2</sub> menor de 60 mmHg) y/o pCO<sub>2</sub> mayor de 45 mmHg.

#### **CRITERIOS PARA ALTA:**

- Mejoría clínica sostenida, durante observación de 60 minutos después de la última dosis de broncodilatador
- Flujometría mayor o igual al 70% del previsto

#### **TERAPIA INHALATORIA EN NIÑOS**

La vía inhalatoria es la de elección, es más efectiva y tiene menos efectos colaterales. Usar los inhaladores con aerocámaras o espaciadores de volumen grande (idealmente con válvula unidireccional) para asegurar una correcta técnica inhalatoria e incrementar el depósito de los fármacos inhalados a nivel pulmonar.

- En menores de 5 años o pacientes no colaboradores: espaciador con máscara: respirar 8 veces en el interior de la aerocámara con la máscara facial cubriendo nariz y boca, por cada aplicación del inhalador.
- En mayores de 5 años: espaciador con boquilla: aspirar profundamente por la boquilla y retener la respiración 10 segundos o respirar 8 veces por la boca tomando aire de la aerocámara, por cada aplicación del inhalador.

Cuando se usan corticoides inhalados, además del uso del espaciador, es recomendable que luego de su aplicación, el paciente se enjuague la boca al usar dosis altas, con el objeto de disminuir al mínimo los posibles efectos colaterales locales. Cuando se usan dos aplicaciones del inhalador, éstas deben estar separadas por un minuto entre sí, no se deben hacer las dos aplicaciones en forma seguida.

#### **MANEJO DEL ASMA REFRACTARIA EN EL NIVEL REFERENCIAL**

El manejo de los pacientes con Asma se realiza fundamentalmente en los establecimientos del Primer Nivel de atención y debe organizarse en el nivel local para el manejo mayoritario de las formas intermitente y persistente leve. Los pacientes con estos estadios se manejarán exclusivamente en el Programa de Control del Asma de los establecimientos del primer nivel.

Para apoyar la atención especializada de los pacientes con asma de formas más severas (persistente moderada y severa) o que presenten dificultades en su manejo, el Programa cuenta con centros referenciales, instalados en los Hospitales II, III y Hospitales Nacionales. Esta atención especializada se



brinda en los consultorios de Neumología, Alergia y Neumología Pediátrica, recomendándose que el especialista, evalúe los pacientes con asma moderada o severa para realizar estudios de función pulmonar, evaluar el rol de alérgenos e irritantes en el asma del paciente y evaluar el plan de medicación, si no se consigue alcanzar los objetivos de la terapia.

En términos generales, los pacientes con Asma Moderada serán referidos al especialista para su evaluación si los síntomas persisten y hay variabilidad diaria de la flujometría mayor del 30% para el inicio y evaluación de corticoides orales. Los pacientes con Asma Severa deben ser referidos para su evaluación y manejo hasta alcanzar el control, siendo contrareferidos al establecimiento de origen para continuar su manejo.

#### PLAN DE AUTOMANEJO DEL ASMA EN EL HOGAR

Consiste en enseñar al paciente y la familia como manejar la crisis en su hogar, para lo cual el paciente debe reunir las siguientes condiciones:

- Disponer de un flujómetro.
- Contar con una aerocámara.
- Disponer de medicinas para vía inhalatoria.
- Estar entrenado en:
  - Técnica de flujometría.
  - Técnica de tratamiento por vía inhalatoria.
  - Reconocer la crisis del asma a través del valor de la flujometría y de los síntomas

Para el automanejo se cuenta con un instrumento la CARTILLA DE AUTOMANEJO en donde la enfermera deberá:

- Anotar el valor normal del flujo espiratorio máximo ( el valor personal ). Deberá coordinar con el Médico.
- Anotar los parámetros de flujometría de acuerdo a los colores de las luces del semáforo.  
Ejemplo: que un paciente tenga 350 Lts/min. ( valor normal)

En zona verde ..... El PEF debe estar entre 100 % - 80 %  
Según el ejemplo : debe estar entre 350 - 280Lts/min.  
En zona amarilla ..... El PEF está entre 80 % - 50 %  
Según el ejemplo: cuando está entre 280Lts/min. y 175 Lts/min.  
En zona roja ..... El PEF está por debajo de 50 %  
Según el ejemplo cuando está menos de 175 Lts/min.

- Anotar la medicación indicada por el Médico de acuerdo al sistema de zonas.
- Indicar al paciente que anote diario, en la cartilla de automanejo del asma, lo siguiente:
  - Valor de la flujometría (flujo espiratorio máximo). Se realizará 2 mediciones, una en la mañana al despertar y otra en la noche antes de acostarse.
  - Registrará sus síntomas, es decir la cantidad de sibilancia y tos que experimenta tanto en el día como en la noche.
  - N° de inhalaciones que se realiza.
- De acuerdo al valor de la flujometría y los síntomas el paciente, y la familia evaluará en que zona se encuentra (verde, amarilla o Roja) y de acuerdo a ello tomará la medicación indicada en la cartilla de automanejo.  
si está en la zona verde ..... El asma está controlada  
si está en la zona amarilla ..... Deberá tener precaución.  
Si está en la zona roja..... Indica peligro.  
Lo ideal es que el paciente permanezca en la zona verde.

PUNTAJE	0	1	2	3	4
Parametro					
Presencia de	NO	Mínimo	< 2 por semana	> de 2 por semana	Frecuente
Síntomas					

#### CUIDADOS DEL FLUJÓMETRO

- Lave la boquilla, coloque por 15 minutos en un detergente ligero, enjuáguela y déjela secar.

#### USO DEL INHALADOR

El éxito del tratamiento del asma depende principalmente del uso correcto de los inhaladores

- Agite el inhalador y retire la tapa
- Espire profundamente, eliminando totalmente el aire de los pulmones.
- Coloque la boquilla del inhalador en la parte posterior de la aerocámara o de la boca.
- Al mismo tiempo que toma aire por la boca oprima el envase que contiene el medicamento.
- Suelte la presión sobre el envase.
- Retire la boquilla y sostenga la respiración hasta 10 segundos luego elimine el aire lentamente por la nariz.
- Si debe hacer otra inhalación espere un minuto antes de repetir la acción
- Enjuáguese la boca al terminar el tratamiento.

#### CUIDADO DEL INHALADOR

- Asegúrese que el inhalador este con medicamento.
- Si el orificio de la boquilla se tapa, impidiendo la salida del aerosol es necesario lavarlo con agua tibia.
- La boquilla del inhalador también debe lavarse con frecuencia con agua caliente y jabón para luego enjuagarla y secarla cuidadosamente.
- Asegurarse también de lavar con agua y jabón la aerocámara.

#### MANEJO INICIAL EN EL HOGAR

Uso de Beta 2 Adrenergico Inhalado de corta acción feneterol o salbutamol 2 puff con aerocámara cada 10 minutos (máximo 5 veces), hasta lograr un PEF > de 80 % reevaluar en 1 hora, si no hay remisión de los síntomas acudir a control medico.

#### CONTROL POR ENFERMERÍA AL NIÑO/ADOLESCENTE CON ASMA

Atención brindada por el profesional de enfermería al niño/adolescente mayor de 5 años con asma, consiste en chequear periódicamente al paciente con el objetivo de evaluar la evolución clínica con tendencia a mantener su asma controlada.

En el control regular del paciente realizar lo siguiente:

#### ENTREVISTA

Consiste en dialogar con el paciente, recabar información y educar sobre aspectos relevantes con relación a su enfermedad.

## ENTREVISTA INICIAL

Después que el Médico diagnostica el caso:

- Averiguar antecedentes personales y familiares con relación a la enfermedad
- Informar sobre las ventajas de ser integrado al programa
- Informarle como va a ser su seguimiento en el programa
- Orientar al paciente sobre su enfermedad.

En el control regular del paciente realizar lo siguiente:

- Averiguar sobre la aceptación del plan de tratamiento
- Recomendación del control de factores desencadenantes.
- Dar pautas del automanejo guiado.
- Chequear la técnica inhalatoria.
- Desarrollar el plan del AUTOMANEJO DEL ASMA EN EL HOGAR.
- Medición del flujo espiratorio máximo y registrar el valor encontrado.
- Se debe conocer el mejor valor de flujometría de cada paciente, para usar como parámetro de medición. Repetir la flujometría por lo menos en tres ocasiones y registrar el mejor valor.
- Registrar en la tarjeta de seguimiento la medicación que ha tomado desde el anterior hasta el actual control.
- Otorgar medicamento (visar las recetas ya emitidas en su control anterior).
- Interrogar sobre:
  - Síntomas actuales.
  - Nº de veces que acudió a emergencia
  - Nº de veces que se hospitalizó.
  - Nº de veces que presentó crisis en el hogar y no hubo necesidad de asistir a emergencia
  - Anotar el puntaje obtenido de la evaluación objetiva de la severidad del asma, tomando en consideración el flujo aéreo, la medicación y los síntomas del paciente encontrados durante su control.
- Estos datos se consideran dentro del periodo de su anterior, al actual control.

## FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL ASMA

### FACTORES PREDISPONENTES

- 1 Atopia
- 2 Raza

### FACTORES RELACIONADOS A LA CAUSALIDAD

- 1 Alergenos domésticos:
  - Polvo Doméstico
  - Caspa, Pelo de mascota.
  - Alergenos de cucaracha
- 2 Alergenos Extradomiciliarios:
  - Polen.
  - Hongos

## FACTORES CONTRIBUYENTES

- 1 Dieta
- 2 Tabaquismo(Activo, Pasivo)
- 3 Infecciones respiratorias
- 4 Bajo peso al nacer
- 5 Contaminación ambiental
- 6 Misceláneo.

## FACTORES DESENCADENANTES DE EXACERBACIONES.

- Infecciones respiratorias
- Tabaquismo
- Ejercicio de hiperventilación.
- Estado atmosférico y estacional.
- Modificaciones en el ambiente
- Alimentos.
- Reflujo gastroesofágico
- Medicamentos y sustancias de contraste.
- Misceláneo.

## LOS CONTENIDOS EDUCATIVOS PUEDEN BRINDARSE A TRAVÉS DE:

- Educación individualizada durante la atención
- Educación grupal mediante:
  - Técnicas audiovisuales, folletos, rotafolios, manual del usuario
  - Talleres educativos
  - Difusión a través de medios masivos.

## CONDICIONES DE RIESGO

- Enfermedades crónicas respiratorias
  - Rinitis alérgica
  - Rinoconjuntivitis alérgica
  - Asma
  - Secuela de tuberculosis pulmonar
- Enfermedades crónicas no respiratorias
  - Insuficiencia cardíaca congestiva
  - Malnutrición
  - Insuficiencia renal crónica
- Inmunosupresión
  - HIV/SIDA
  - Diabetes mellitus
  - Neoplasias
  - Enfermedades Tejido conectivo
- Hacinamiento
  - Laboral
  - No laboral
- Bajo nivel socioeconómico
  - Nivel C y D

## MANEJO Y PREVENCIÓN

- Manejo de sujetos de riesgo
  - Nutrición adecuada
  - Control de la enfermedad de fondo
  - Vacunación
  - Educación para la salud
- Manejo de casos
  - Controles mensuales
  - Educación para la salud

## PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención o el control de los desencadenantes pueden reducir los síntomas y puede -a largo plazo- reducir la inflamación de las vías aéreas y la hiperreactividad. Debe animarse a los pacientes a identificar sus desencadenantes específicos.

Los desencadenantes inductores incluyen a los alérgenos, irritantes químicos, agentes farmacológicos y las infecciones virales. Los más importantes son los aeroalérgenos, la ocurrencia de los síntomas en las vías aéreas está relacionada poderosamente con la cantidad de alérgenos ambientales. Por tanto el control ambiental para reducir la exposición a alérgenos de interiores y exteriores es importante aún cuando raramente es posible que sea conseguido por completo.

Las principales medidas de control del ácaro del polvo de casa son:

- Recubierta del colchón y almohada.
- Lavado de ropa de cama semanal.
- Retiro de alfombras.
- Reducción de humedad a menos del 50%.

La alergia a alimentos es un raro desencadenante del asma y ocurre en niños pequeños. No debe recomendarse suspensión de los alimentos sin haberse hecho un test de provocación a doble-ciego del alimento.

## EDUCACIÓN

Proceso de enseñanza-aprendizaje necesario para ayudar a los pacientes a adquirir conocimientos, habilidades y destrezas con la motivación suficiente para manejar su enfermedad. El paciente adecuadamente educado está preparado para alcanzar y mantener el control o los mejores resultados posibles.

La responsabilidad recae en el médico, pero puede ser compartida con otros profesionales de la salud. La información verbal debe ser complementada con información escrita.

## OBJETIVOS

- Proveer información adecuada al paciente asmático y su familia.
- Asegurar el adiestramiento necesario para que el paciente pueda cumplir hábilmente el tratamiento médico prescrito.
- Incentivar al equipo de profesionales de la salud a ofrecer su máxima colaboración y apoyo en el manejo integral del asmático.

## MÉTODOS EDUCATIVOS

- Educación individual: Se realiza desde la primera consulta por el médico tratante y la enfermera. Comprende la explicación personal y la entrega de información escrita sobre los contenidos educativos básicos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y prevención del asma.
- Educación grupal: Se efectúa a pacientes y familiares, en grupos pequeños o grandes, según los requerimientos y facilidades de cada centro asistencial.

## CONTENIDO EDUCATIVO:

Debe incluir los conceptos básicos para su adecuado manejo que se dividen en sesiones individuales y grupales, constituyendo 4 módulos educativos en cada uno de ellos.

## EDUCACIÓN INDIVIDUAL

- |          |   |
|----------|---|
| MODULO 1 | Generalidades: definición y naturaleza de la enfermedad, grados de severidad, usos de la flujometría.                                     |
| MODULO 2 | Control ambiental: alérgenos intra y extradomiciliarios, alérgenos alimentarios, medidas preventivas, inmunoterapia.                      |
| MODULO 3 | Terapia farmacológica: objetivos del tratamiento, medicamentos aliviadores y controladores, técnica inhalatoria, efectos secundarios.     |
| MODULO 4 | Automanejo guiado: normas de autocuidado, reconocer signo de deterioro, manejo de las exacerbaciones, criterios para acudir a Emergencia. |

## EDUCACIÓN GRUPAL:

- |          |                                |
|----------|--------------------------------|
| SESION 1 | Conceptos básicos y prevención |
| SESION 2 | Aspectos farmacológicos        |
| SESION 3 | Fisioterapia respiratoria      |
| SESION 4 | Situaciones especiales         |

## EVALUACIÓN

Es necesaria para verificar la condición educativa inicial del paciente y asignarle el nivel de módulo y sesión que le corresponde de acuerdo a sus conocimientos. Se realiza a través de una prueba previa al programa educativo y un posttest al final.

## AUTOMANEJO DOMICILIARIO DE LAS EXACERBACIONES

Es conveniente que el paciente o sus familiares aprendan a manejar las crisis, por lo menos, en etapas iniciales. Es importante el inicio de la terapia antiasmática ante el signo más temprano posible de deterioro del control del asma.

Son requisitos para el automanejo domiciliario de las exacerbaciones:

- Disponer de flujómetro, aerocámara y Beta2 agonista en aerosol.
- Haber recibido educación en automanejo del asma.
- Disponer de un plan escrito de automanejo (sistema de zonas).

Se les debe adiestrar en los siguientes pasos:

- Reconocer y calcular la severidad de la exacerbación.
- Manejo inicial: Salbutamol aerosol, 2 puff con aerocámara cada 10 minutos (máximo por 5 veces), hasta lograr flujometría mayor al 80%.
- Evaluar en 1 hora con el flujómetro con el sistema de colores. En caso de respuesta pobre, acudir de inmediato a la emergencia del hospital, para manejo de la crisis.



## GUÍA CLÍNICA DE FIEBRE

### EVALUA, CLASIFICA Y TRATA FIEBRE.

La fiebre es una elevación anormal de la temperatura corporal como resultado de una orden del control termorregulador hipotalámico. Además es el síntoma más común en el niño/adolescente, especialmente en el niño menor de 5 años.

Un niño con fiebre puede tener Malaria, Sarampión u otra enfermedad grave, o puede tener un simple resfriado, o un proceso viral o infeccioso.

#### MALARIA

Es una enfermedad transmisible, prevenible y curable, producida por el parásito Plasmodium de la especie VIVAX, FALCIPARUM, OVALE O MALARIE. El más peligroso es el Falciparum.

Es endémica en áreas de los departamentos de Tumbes, Piura, La Libertad, Lambayeque, Cajamarca, San Martín, Amazonas, Loreto, Ucayali, Madre de Dios, Cusco, Ayacucho, Pasco, Huanuco, Junín, Lima Norte y Lima Este.

La fiebre es el síntoma principal de la Malaria. Puede estar presente todo el tiempo o desaparecer y reaparecer a intervalos.

#### ¿COMO LOCALIZAR LOS CASOS?

La forma de localizarlos es identificación a los niños/adolescentes febriles; teniendo en cuenta en que área nos encontramos.

**AREA CON RIESGO DE MALARIA** - Es aquella donde hay presencia del vector y evidencia de transmisión de malaria.

**AREA SIN RIESGO DE MALARIA** - Es aquella donde no está presente el vector y no existe evidencia de transmisión de malaria.

#### ENFERMEDAD ERUPTIVA

Es toda enfermedad con fiebre o erupción cutánea generalizada. Puede ser una enfermedad importante como el sarampión, varicela o puede ser una erupción que acompaña otras infecciones.

#### SARAMPIÓN

Los principales signos de sarampión son fiebre, una erupción generalizada, además de tos, coriza, ojos enrojecidos. El sarampión es sumamente infeccioso, los anticuerpos de la madre protegen a los lactantes hasta los 6 meses, luego la protección desaparece gradualmente. Por esta razón los casos ocurren entre los 6 meses y los 2 años.

El sarampión contribuye a la desnutrición porque causa diarrea, fiebre alta y úlceras en la boca que obstaculiza la alimentación, los niños desnutridos tienen más probabilidad de sufrir complicaciones graves como neumonía, diarrea, estridor, desnutrición, otitis media aguda, lesiones oculares, etc.

Las coberturas de vacunación han llegado al 98% en 1995, motivo por el cual la probabilidad de encontrar casos de sarampión, pero siempre que se sospeche de sarampión debe solicitarse la toma de muestra de sangre y considerar como caso probable hasta que se informe el resultado serológico.

#### EVALÚE LA FIEBRE

Siempre que consulte un niño enfermo tome la temperatura y determine si tiene fiebre. El cuadro superior de evaluar y clasificar la fiebre y la fiebre alta se basan en la lectura de temperatura axilar. Los umbrales para las lecturas de la temperatura rectal son aproximadamente 0.5°C más altos. Considerar fiebre si la temperatura axilar es de 37.5°C o más y fiebre alta si tiene temperatura > 38.5 °C. Si mide la temperatura rectal, considerar fiebre a los 38°C y fiebre alta a los 39°C.

#### ¿TIENE EL NIÑO FIEBRE?

El personal de salud tiene que verificar antecedente de fiebre, si el abdomen o las axilas están calientes al tacto o si la temperatura axilar es de 37.5°C o más.

¿Cuánto tiempo hace que el niño tiene fiebre? Hace más de 7 días, ¿ha tenido fiebre todos los días?

En la mayor parte de los casos, la fiebre debida a enfermedades virales desaparece en unos pocos días. La fiebre presente todos los días más de 7 días puede significar que el niño tiene una enfermedad grave.

#### OBSERVAR Y DETERMINAR SI HAY RIGIDEZ DE NUCA

Un niño con fiebre y rigidez de nuca puede tener meningitis, si el niño mueve la cabeza y dobla el cuello entonces no hay rigidez de nuca.

#### DETERMINAR SI HAY SIGNOS DE ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA

Si presenta erupción cutánea generalizada, además de clasificar la fiebre, clasifica la enfermedad febril eruptiva.

#### ERUPCIÓN GENERALIZADA

Existen muchos tipos de erupción cutánea generalizada en niños. En el sarampión, la erupción es maculopapular (manchas rojas). Que empiezan detrás de las orejas y en el cuello y se extiende a la cara luego a brazos y piernas.

#### TOS O CORIZA U OJOS ENROJECIDOS

Para clasificar un niño con sarampión, debe tener una erupción generalizada de tipo de sarampión además de uno de los siguientes signos: tos o coriza u ojos enrojecidos.

#### CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA FIEBRE

Si el niño tiene fiebre y no tiene signos de ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA, clasifícala sólo por fiebre pero si tiene ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA, clasifícala por fiebre y ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA.

Área con riesgo de malaria: Tomar muestra de sangre para examen de gota gruesa y frotis.

## ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE

Si el niño con fiebre presenta algún signo general de peligro o tiene rigidez de nuca.

En estos casos, se debe dar el siguiente tratamiento:

Si es malaria grave: la primera dosis de quinina.

Los posibles efectos colaterales de una inyección de quinina son una baja repentina de la presión arterial, que cesa de 15 a 20 minutos, mareo, zumbido de oídos y un absceso estéril.

Debe determinarse la dosis por peso:

EDAD O PESO	QUININA POR VIA EV O IM 300 mgr / ml en ampollas de 2 ml
2 A 3 MESES (4 - 6 Kgr)	0.2 ml
4 A 11 MESES (6 - 10 Kgr)	0.3 ml
1 AÑO (10 - 12 Kgr)	0.4 ml
2 AÑOS (12 - 14 Kgr)	0.5 ml
3 A 4 AÑOS (14 A 19 Kgr)	0.6 ml

### PROCEDIMIENTO PARA APLICAR LA INYECCIÓN DE QUININA.

Seleccione apropiadamente y mida la dosis con precisión. Compruebe la concentración disponible en tu establecimiento de salud. Asegúrate de leer correctamente en el cuadro la concentración que estas usando.

La quinina no se necesita mezclar. Usa aguja y jeringa de tuberculina estéril.

Asegúrate que el niño esté acostado. La quinina puede causar una baja repentina de la presión arterial.

Administrar el medicamento por medio de una inyección intramuscular profunda en la parte de enfrente del muslo del niño, no en la nalga.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

NUNCA ADMINSTRAR LA QUININA POR MEDIO DE UNA INYECCIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA ES SUMAMENTE PELIGROSO. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4-8 horas con control especial y por personal adecuadamente entrenado.

\*Tratar al niño para prevenir la hipoglicemia

† Si el niño toma pecho decir a la madre que debe darle el pecho al niño más frecuentemente.

† Si el niño no puede tomar el pecho puede tragar: Darle leche materna extraída u otra leche. Si no es posible, darle agua azucarada, dar al niño de 30 a 50 ml de leche o agua azucarada antes de que se vaya.

Para preparar agua azucarada: disolver 4 cucharaditas de azúcar al ras (20gr) en un taza con 200 ml de agua hervida.

† Si el niño no puede tragar: Darle 50 ml de leche o de agua azucarada por una sonda nasogastrica.

### Tratar la fiebre PARACETAMOL ( 10 - 15 mg/Kg por dosis)

EDAD O PESO	COMPRIMIDO 100 mg	JARABE 120 mg	GOTAS 5 mg por gota
2 a 3 meses ( 4 - 6 Kg)	1/2	2.5	10
4 a 11 meses (6 - 10 Kg)	1	5.0	20
1 a 2 años ( 10 - 14 Kg)	1	5.0	25
3 a 4 años (14 - 16 Kg)	1 1/2	7.5	30

30 minutos después de darle paracetamol para fiebre alta, iniciar medios físicos antiérmicos.

\*Luego referir urgentemente al Hospital, si tu establecimiento es de primer nivel de atención. Si tu establecimiento es de segundo o tercer nivel de atención inicia el tratamiento por vía intravenosa bajo evaluación intensiva hasta mejorar la clínica y luego continuar con la vía oral si hay tolerancia hasta completar esquema.

Para continuar el tratamiento a partir del tercer día, debes agregar clindamicina hasta el final del tratamiento con quinina, de acuerdo a la siguiente tabla.

FRECUENCIA DE DOSIS	MEDICAMENTO	NÚMERO DE DÍAS DE TRATAMIENTO	DOSIS DE MEDICAMENTO (mg/Kg de peso)		
			Día 1	Día 2	Día 3 Hasta Día 7
Mañana	Quinina	7	10	10	10
	Clindamicina	5	—	—	10
Tarde	Quinina	7	10	10	10
Noche	Quinina	7	10	10	10
	Clindamicina	5	—	—	10

Si no hay riesgo de Malaria, no adminstre quinina a u niño menos de 4 meses de edad.

\* Repite la inyección de Cloranfenicol o Penicilina G sódica cada 6 horas hasta que el niño pueda recibir Cloranfenicol o Amoxicilina por vía oral.

EDAD O PESO	CLORANFENICOL	PENICILINA G SODICA
	Añadir 4.5 ml de agua estéril al frasco de 1gr para tener una solución de 200 mg/ml. DOSIS: 20 mg por Kg o:	Añadir 3.6 ml de agua estéril al frasco de 600 mg ( 1 millón de unidades) para tener una solución de 250,000 unidades por ml. DOSIS: 50,000 unidades por Kg o:
2 a 3 meses (4 - 6 Kg)	0.5 ml = 100 mg	1.0 ml
4 a 6 meses (6 - 8 Kg)	0.7 ml = 140 mg	1.5 ml
9 a 11 meses (8 - 10 Kg)	0.9 ml = 180 mg	2.0 ml
1 a 2 años ( 10 - 14 Kg)	1.1 ml = 220 mg	2.5 ml
3 a 4 años ( 15 - 16 Kg)	1.5 ml = 300 mg	3.5 ml

## MALARIA O PROBABLE MALARIA

Si el niño no presenta ningún signo de peligro en general ni rigidez de nuca, observe la hileria amarilla. Puesto que el niño tiene fiebre en un área con riesgo de malaria, se debe tomar muestra de sangre para examen de gota gruesa y frotis. Si los resultados pueden estar disponibles en menos de 4 horas, podrás confirmar el caso de Malaria e identificar la especie Plasmodium causante de la enfermedad.

### CLASIFICACIÓN DE MALARIA

La malaria puede ser:

Malaria por P. Falciparum.

Malaria por P. Malariae.

Malaria por P. Vivax.

En la malaria mixta el frotis es positivo para dos clases de plasmodium.

El niño se clasifica como probable malaria cuando:

- El resultado de la gota gruesa es negativo pero el niño estuvo recibiendo una o más dosis de antimaláricos durante el presente episodio de fiebre, antes de la toma de muestra de sangre.
- El resultado del frotis con gota gruesa no está disponible en menos de 4 horas y, por tanto es necesario dar el tratamiento antimalárico sin esperar más tiempo. El resultado del frotis y gota gruesa quedan pendientes.

### TRATAMIENTO

Dar un Antimalárico Oral.

ANTIMALÁRICO DE PRIMERA LÍNEA: CLOROQUINA Y PRIMAQUINA.

ANTIMALÁRICO DE SEGUNDA LÍNEA: SULFADOXINA-PRIMETAMINA Y PRIMAQUINA.

ANTIMALÁRICO DE TERCERA LÍNEA: QUININA Y CLINDAMICINA.

Si se administra Cloroquina:

- Explicar a la madre que debe prestar mucha atención al niño durante 30 minutos después de darle una dosis de cloroquina. Si el niño vomita dentro de los 30 minutos siguientes a la dosis, la madre debe volver con el niño al servicio de salud para recibir una nueva dosis.
- Explicar que la comezón es uno de los posibles efectos colaterales del medicamento pero que no hay peligro.

Si se administra SULFADOXINA+PRIMETAMINA Y PRIMAQUINA: Dar una dosis única en el servicio de salud.

Decidir tratamiento según resultado de gota gruesa y frotis.

• Resultado de gota gruesa y frotis inmediato (en menos de 4 horas) positivo para P. Falciparum, P. Malariae, P. Vivax o mixta.	MALARIA POR P. FALCIPARUM, O POR P. MALARIE
• Resultado de gota gruesa inmediato negativo, pero niño recibió antimalárico, o resultado de gota gruesa no disponible en 4 horas.	MALARIA POR P. VIVAX O MALARIA MIXTA PROBABLE MALARIA

EDAD O PESO	MALARIA POR P. FALCIPARUM O P. MALARIE										MALARIA POR P. VIVAX O MALARIA MIXTA O MALARIA PROBABLE	
	PRIMERA LÍNEA			SEGUNDA LÍNEA			TERCERA LÍNEA				PROBABLE	
	CLOROQUINA Dar Durante 3 días		PRIMAQUINA (5mg)	SULFADOXINA + PRIMETAMINA Dar una dosis única en el servicio de salud		PRIMAQUINA + una dosis única en el servicio de salud	QUININA Dar cada 8 horas durante 7 días	CLINDAMICINA Dar cada 12 horas durante 5 días	CLOROQUINA Dar durante 3 días		PRIMAQUINA Dar durante 14 días	
	COMPRIMIDOS (Base 150 mg) DIA1 DIA2 DIA3	COMPRIMIDO (5 mg) DIA3	COMPRIMIDO (5mg)	COMPRIMIDO (500 mg sulfadoxina + 25 mg pirimetamina)	COMPRIMIDO 5mg	COMPRIMIDO 300 mg	COMPRIMIDO 300 mg	CÁPSULA 300 mg	COMPRIMIDO (Base 150 mg) DIA1 DIA2 DIA3	COMPRIMIDO (5 mg) DIA1 A 14		
2 meses a 11 meses (4 - < 10 kg)	1/2 1/2 1/2	1	1	1/2	1	1/4	1/2	1/2	1/2 1/2 1/2	1/2	1/2	1
1 año a 2 años (10 - < 14 kg)	1 1 1	2	2	1/2	2	1/3	1/2	1/2	1 1 1	1	1/2	1/2
3 años a 4 años (14 - 19 kg)	1 1/2 1 1/2	3	3	1	3	1/2	1	1	1 1/2 1 1/2	1 1/2	1 1/2	1

## ¿ CUÁNDO VOLVER ?

Si tiene malaria por *P. Falciparum* y persiste con fiebre después de 3 días de 1 era consulta, o si retorna la fiebre en el curso de 14 días, asumimos que el niño tiene un parásito resistente al antimalarico de 1era línea y por esto la fiebre continúa, teniendo que regresar a su control.

En estos casos se debe efectuar una reevaluación completa del niño usando el cuadro superior.

### NOTA

Si el niño ha estado tomando cotrimoxazol porque también tenía tos y respiración rápida (neumonía) y también fiebre, no puede ser tratado con sulfadoxina-pirimetamina. Ambos medicamentos están estrechamente relacionados por lo que no deberán tomarse juntos. Referir a este niño al hospital.

## FIEBRE POR MALARIA POCO PROBABLE

El niño se clasifica como fiebre por Malaria poco probable, cuando el resultado del examen de gota gruesa es menos de 4 horas es negativo y además, el niño no recibió ningún antimalarico por fiebre antes de la toma de muestra de sangre.

Estos niños no recibirán tratamiento antimalarico, porque es muy poco probable que tengan malaria. Existe aún menos probabilidad de malaria si el niño tiene signos de otra infección que puede causar fiebre. En estos casos dale el tratamiento específico y controlarlo al tercer día.

En su mayor parte las infecciones virales duran menos de una semana. La fiebre que persiste todos los días por más de 7 días puede ser un signo de fiebre tifoidea, o tuberculosis u otra enfermedad grave. Refiera al niño a un establecimiento de salud de mayor complejidad para que reciba una evaluación adicional.

### ÁREA SIN RIESGO DE MALARIA

Si determina que el área no tiene riesgo de malaria, utiliza el recuadro de clasificación para área sin riesgo de malaria. Pero si la madre te dice que ha viajado con el niño en los últimos 2 meses a áreas de riesgo, utilizar el recuadro de malaria.

Hay dos posibles clasificación para la fiebre en un niño de un área sin riesgo de malaria.

## ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE

Si el niño presenta algún signo de peligro en general o tiene rigidez de nuca y no existe riesgo de malaria, clasifícalo como ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE.

### TRATAMIENTO

EDAD O PESO	CLORANFENICOL Añadir 4.5 ml de agua estéril al frasco de 1 gm para tener una solución de 200 mg/ml	PENICILINA G SÓDICA Añadir 3.6 ml de agua estéril al frasco con 600mg (1 millón de unidades) para tener una solución de 250,000 unidades por ml.
	DOSIS: 20 mg por Kg o:	DOSIS: 50,000 unidades por Kg o:
2 a 3 meses (4 - < 6 Kg)	0.5 ml = 100 mg	1.0 ml
4 a 8 meses (6 - < 8 Kg)	0.7 ml = 140 mg	1.5 ml
9 a 11 meses (8 - < 10 kg)	0.9 ml = 180 mg	2.0 ml
1 a 2 años (10 - < 14 Kg)	1.1 ml = 220 mg	2.5 ml
3 - 4 años (15 - < 16Kg)	1.5 ml = 300 mg	3.5 ml

Si no es posible referir al niño

† Repetir la inyección de cloranfenicol o penicilina G sódica cada 6 horas hasta que el niño pueda recibir cloranfenicol o amoxicilina por vía oral.

† Pasar después a un antibiótico apropiado para completar 10 días de tratamiento.

## ENFERMEDAD FEBRIL

Si el niño no tiene ningún signo de ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE, mire a la hilera siguiente. Si el niño no ha viajado a un área con riesgo de malaria en los últimos 2 meses, debe ser clasificado como ENFERMEDAD FEBRIL. La fiebre puede deberse a un problema incluido en otra clasificación como: resfriado o bronquitis, disenteria, otitis media aguda o faringo-amigdalitis aguda. También la fiebre puede ser debida a otras causas como abscesos o celulitis.

### TRATAMIENTO

- Si la fiebre es alta, dé paracetamol según dosis recomendadas.
- Aconsejar a la madre que vuelva para control en 2 días.
- Si el niño presenta algún signo de peligro en general o tiene rigidez de nuca, trátalo como si tuviera ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE
- Si el niño tiene fiebre por alguna causa distinta de la malaria, administrarle tratamiento o refiéralo al hospital para que sea atendido por esa causa.
- Cerciórate que el niño no ha visitado un área con riesgo de Malaria en los 2 últimos meses. Si ha visitado un área con riesgo de malaria en los 2 últimos meses. Si ha visitado, trátalo con un antimalarico de 1era línea. Dile a la madre que vuelva dentro de 2 días si la fiebre persiste.
- Si el niño ha tenido fiebre todos los días por 7 días, refiérela al hospital. Se necesitan más pruebas de diagnóstico para determinar la causa de la fiebre persistente de este niño.
- Si no hay una causa de fiebre, asume que es una infección viral. Indica a la madre que vuelva en 2 días si la fiebre persiste. Aconseja que le dé cantidades adicionales de líquidos y que mantengan la alimentación.
- Durante un episodio de enfermedad, el niño pierde líquido por fiebre, respiración acelerada o diarrea. El niño se sentirá mejor y se mantendrá más fuerte, si bebe más líquidos para prevenir la deshidratación.

## PROBABLE SARAMPIÓN

Un niño con fiebre, erupción maculo papular no vesicular, tos, coriza u ojos enrojecidos se clasifica como PROBABLE SARAMPIÓN

### TRATAMIENTO

- Todos los niños con probable sarampión deberán recibir vitamina A porque les ayuda a prevenir complicaciones, ayuda a resistir la infección en los ojos, y en las mucosas del pulmón, el intestino, la boca y la garganta. La opacificación de la córnea, un signo de carencia de vitamina A, puede avanzar y causar ceguera si no se administra la vitamina.

Se administra a un niño con probable sarampión, DESNUTRICIÓN GRAVE o Xeroftalmia

- DAR VITAMINA A: Para sarampión, marasmo, Kwashiorkor, diarrea persistente xeroftalmia.
- Dar dos dosis

Dar la primera dosis en el servicio de salud

Entregar una dosis a la madre para que se la dé al niño en casa al día siguiente.



CASOS	EDAD		
	0-6 MESES	6-11 MESES	12 - 71 MESES
Sarampión o Desnutrición severa. Diarrea persistente	50,000 UI días 1,2, y 14	100,000 UI Días 1,2, y 14	200,000 UI Días 1,2, y 14
Signos oculares de carencia de Vitamina A	50,000 UI días 1,2 y 4	100,000 UI días 1,2 y 4 Semanas después	200,000 UI Días 1,2, y 4 Semanas después

#### DAR VITAMINA A

EDAD O PESO	CAPSULAS DE VITAMINA A		
	200,000 UI	100,000UI	50,000 UI
2 A 3 meses (4.5 < 6 Kg)		½ cápsula	1 capsula
4 a 11 meses (6 - < 10 Kg)	½ capsula	1 cápsula	2 capsulas
1 a 2 años (10- < 14 Kg)	½ capsula	1 capsula	2 capsula
3 a 4 años ( 14 - 16 kg)	½ capsula	1 ½ cápsula	3 cápsula

Está disponible en cápsulas. Usa la edad del niño para determinar la dosis. Administrar 2 dosis. Dale al niño la primera dosis en el establecimiento de salud. Entrega la segunda dosis a la madre para que se la dé a su hijo al día siguiente en su casa.

Si el niño puede tragar, déle la cápsula de vitamina A y asegúrese que la pase entera. Si el niño no es capaz de tragar la capsula entera o solamente necesita ½ de cápsula, abra la capsula. Desprenda o corte la punta con un instrumento limpio(hoja de afeitar, y tijeras, etc). Si la cápsula de vitamina A no tiene punta, perfora la cápsula con una aguja estéril, entonces:

- Asegurate de que el niño se trague todo el líquido. No deje que lo escupa.
- Registra la fecha cada vez que des vitamina A al niño. Es importante que los hagas porque si das dosis repetidas poco tiempo, corres el riesgo de darle sobredosis.
- Muestrele a la madre la cantidad que corresponda a una dosis. Si un niño necesita menos de una cápsula entera de vitamina A o no puede tragar una cápsula entera, enseñele a la madre a abrir la cápsula, oprima y eche el líquido en forma de chisquete en la boca del niño.

#### OTRA ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA

Es cuando además de fiebre, el niño presenta otra erupción cutánea generalizada.

#### TRATAMIENTO

Tratar la fiebre si es > 38.5 °C y tratar de identificar la causa probable de la fiebre y de la erupción.

VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICION Y ANEMIA

Clasificar la SITUACIÓN NUTRICIONAL

**OBSERVAR Y PALPAR:**

- \*Determinar si hay emaciación visible
- \*Determinar si tiene palidez palmar
- \*Es palidez palmar intensa?
- \*Palidez palmar leve?

- \*Verificar si hay edema en ambos pies
- \*Determinar el peso para la edad

*Emaciación visible grave o *Edema en ambos pies, o *Palidez palmar intensa o P/E en color rojo	*Peso /Edad en color naranja o *Palidez palmar leve	*Peso/Edad en color amarillo o *Curva de P/E en descenso o aplanada	
<p>↓ Dar Vitamina A</p> <p>↑ Referir URGENTEMENTE</p>	<p>↓ Evaluar la alimentación del niño y aconsejar a la madre sobre alimentación.</p> <p>- Si la alimentación es un problema, hacer una consulta de control de 2 días después.</p> <p>↑ Si hay palidez:</p> <p>- Dar hierro</p> <p>- Dar mebendazol si el niño es mayor de 2 años y no ha tomado ninguna dosis en los últimos 6 meses</p> <p>- Si existe riesgo de malaria, solicitar examen de gota gruesa</p> <p>↑ Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato.</p> <p>↑ Si hay palidez, hacer una consulta de 14 días después.</p> <p>↑ Si hay desnutrición leve o riesgo nutricional, hacer una consulta de control 7 días después</p>	<p>DESNUTRICIÓN LEVE O RIESGO NUTRICIONAL</p>	<p>NO TIENE DESNUTRICIÓN MODERADA O GRAVE NI ANEMIA</p>

## VERIFICAR SI HAY DESNUTRICIÓN Y ANEMIA

Un niño con desnutrición aún la moderada, está más expuesto a numerosos tipos de enfermedades y a morir, por eso es importante su identificación y tratamiento. Algunos casos de desnutrición grave pueden tratarse en la casa, otros deben ser enviados a un centro asistencial de referencia para recibir tratamiento apropiado.

Un tipo de desnutrición es la desnutrición proteino-energética. Esta se desarrolla cuando el niño obtiene de sus alimentos suficiente energía o proteínas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

En la desnutrición proteino-energética:

- El niño puede sufrir emaciación grave, un signo de marasmo.
- El niño puede desarrollar edema, un signo de Kwashiorkor.
- El niño tal vez no se desarrolle bien y se retrase su crecimiento (talla demasiado baja).

Un niño cuya dieta carece de las cantidades recomendadas de vitaminas y minerales esenciales, puede desarrollar deficiencia de estos nutrientes.

- La falta de consumo de alimentos que contienen vitamina A puede traer como resultado la deficiencia de esta vitamina y por lo tanto causar ceguera. Si además presenta sarampión y diarrea tiene mayor riesgo de morir.
- La falta de consumo de alimentos ricos en hierro puede llevar a la deficiencia de hierro anemia. ANEMIA es una reducción en el número de glóbulos rojos y una cantidad reducida de hemoglobina en cada glóbulo rojo. Un niño también puede desarrollar anemia como resultado de:

## INFECCIONES

Parasitosis como uncinariasis o trichiuriasis. Estos pueden producir pérdida de sangre a través de los intestinos.

Malaria, que puede destruir rápidamente los glóbulos rojos. Los niños pueden desarrollar anemia lentamente si tienen episodios reiterados de malaria, o si la Malaria se trató de manera inadecuada.

## EVALUA LA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA

En este recuadro que aparece en el cuadro de procedimientos EVALUAR Y CLASIFICAR, se describe cómo evaluar en un niño la desnutrición y anemia.

## DETERMINA SI HAY EMACIACIÓN VISIBLE GRAVE

Si un niño con emaciación visible grave tiene marasmo, que es una forma de desnutrición grave. El niño está muy delgado, no tiene grasa y parece "hueso y pellejo". Los niños con marasmo necesitan tratamiento y deben ser enviados a un centro de referencia. Algunos niños son delgados pero no tienen marasmo.

Para observar si hay marasmo, desviste al niño. Observa si hay atrofia muscular en los hombros, brazos, nalgas y piernas y si se ve fácilmente el contorno de las costillas. Observar las caderas del niño, pueden parecer pequeñas si las comparas con el tórax y el abdomen quizá este grande y distendido.

Observé el perfil para ver si falta grasa en las nalgas. Cuando la atrofia es extrema, hay numerosos pliegues de la piel en las nalgas, muslos y el niño da la apariencia de estar usando pantalones demasiado anchos.

## SI HAY PALIDEZ PALMAR

La palidez de la piel fuera de lo común es un signo de anemia.

Para ver si el niño tiene palidez palmar, observar la palma de la mano manteniéndola extendida. Si está pálida, el niño tiene palidez palmar leve. Si está tan pálida que parece blanca, el niño tiene palidez palmar intensa.

## VERIFICAR SI HAY EDEMA EN AMBOS PIES

Observar y palpar para determinar si el niño tiene edema de ambos pies. Presiona suavemente con tu dedo pulgar por unos segundos en el lado superior de cada pie. El niño tiene edema si le queda marca en el pie cuando levanta el dedo pulgar. Puede tener Kwashiorkor, u otra forma de desnutrición grave.

## DESPUÉS ES IMPORTANTE QUE DETERMINE EL PESO PARA LA EDAD

El peso para la edad permite cambios nutricionales en el seguimiento de los niños, siempre que se cuente con un número adecuado de controles. Es fácil de obtener; sólo se necesita conocer el peso y la edad exacta del niño.

La gráfica de peso para la edad que aparece en el carné de crecimiento y desarrollo, fue diseñada para evaluar en forma sistemática el crecimiento en peso de los niños en general y se utiliza en combinación con la gráfica de talla para la edad.

Una vez determinado el peso y ubicándolo en la gráfica peso para la edad, se podrá definir si el niño tiene peso normal para la edad (zona verde), tiene desnutrición leve (zona amarilla), desnutrición moderada (zona naranja), o si tiene desnutrición grave (zona roja). Si el niño tiene registro de pesos previo, podrá también determinar si la curva está en ascenso, si es plana, o si está en descenso, considerándose la curva plana o en descenso como RIESGO NUTRICIONAL, aún cuando los pesos se encuentren en el rango normal (zona verde).

## PARA DETERMINAR EL PESO PARA LA EDAD:

1. Determinar la edad del niño en meses.
2. Pesa al niño sin ropa o ropa muy liviana si aún no se le pesó ese día. Para ello usa una balanza previamente calibrada.
3. Utiliza la gráfica peso para la edad del carné de crecimiento y desarrollo del niño.
  - Mira el eje vertical de la izquierda para ubicar la línea que muestra el peso del niño.
  - Mira el eje horizontal del gráfico para ubicar la línea que muestra la edad del niño en meses y días.
  - Mira el punto de la gráfica donde la línea para el peso se encuentra con la línea para la edad del niño.
4. Decide si el punto está en la zona verde, en la zona amarilla, en la zona anaranjada, o en la zona roja de la curva de peso-edad.
  - Si el punto está en la zona verde, el niño tiene peso normal para su edad y no tiene desnutrición.
  - Si el punto está en la zona amarilla, el niño tiene desnutrición leve.
  - Si el punto está en la zona naranja, el niño tiene desnutrición moderada.
  - Si el punto está en la zona roja, el niño tiene desnutrición severa.

- 5 Si hay datos del peso en los controles anteriores, decida si la curva de peso para edad está en ascenso, está plana o está en descenso. Para tener una evaluación más certera, puede utilizar la tabla de ganancia de peso y verificar si el peso ganado desde el último control es el adecuado

- Si la curva está en ascenso y el punto está en la zona verde, NO HAY RIESGO NUTRICIONAL.
- Si la curva está aplanada o en descenso, HAY RIESGO NUTRICIONAL AUNQUE EL PUNTO DEL CONTROL MÁS RECIENTE ESTE EN ZONA VERDE

### DESNUTRICIÓN SEVERA ( MARASMO KWASHIORKOR) O ANEMIA GRAVE

Es cuando el niño tiene emaciación visible grave, edema en ambos pies o palidez palmar intensa. También si el niño es calificado como desnutrido severo ( zona roja ) según los graficas de peso-edad del niño de crecimiento y desarrollo.

#### TRATAMIENTO

Los niños clasificados como DESNUTRICIÓN SEVERA ( MARASMO O KWASHIORKOR) O ANEMIA GRAVE corren riesgo de muerte por neumonía, diarrea, sarampión y otras enfermedades graves. Estos niños necesitan ser referidos de urgencia, donde el tratamiento puede vigilarse atentamente. Probablemente necesiten alimentación especial, antibióticos o trasfusiones de sangre. Antes de que el niño sea referido, administrarle una dosis de vitamina A, como ya se explicó anteriormente en el tratamiento de probable sarampión.

### DESNUTRICIÓN MODERADA O ANEMIA

Se clasifica así, de acuerdo a las graficas de peso-edad del niño de crecimiento y desarrollo( zona naranja) o presencia de palidez palmar leve.

#### TRATAMIENTO

Estos niños corren riesgo mayor de desarrollar una enfermedad grave. Evalúa y aconseja a la madre sobre alimentación de su hijo de acuerdo con las recomendaciones siguientes:

- Debe preguntar a la madre para determinar cómo alimenta a su hijo y así poder darle consejos pertinentes para su caso.
- Elogie por las practicas apropiadas y aconseje si hubiera alguna de éstas que necesitan cambiar. Siempre utiliza lenguaje sencillo y al final hacer, preguntas de verificación para que te asegures que la madre aprendió. Los consejos acerca de la alimentación, los encontrarás en "CONSEJOS ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN".

SI TIENE PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN, DEBE RETORNAR A SU CONTROL EN 2 DÍAS, PARA LO CUAL OBSERVE EL CUADRO SIGUIENTE.

### ➔EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO.

Hacer preguntas sobre la alimentación habitual del niño y, en particular, sobre la alimentación durante esta enfermedad. Comparar las respuestas de la madre con los CONSEJOS PARA ALIMENTACIÓN, según la edad del niño.

#### PREGUNTAR

- ¿Usted le da pecho al niño?
  - ¿Cuántas veces le da durante el día?
  - ¿Le da pecho durante la noche?
- ¿Come ya el niño?
  - ¿Qué comió el día de ayer: en la mañana, Mediodía y en la noche?
  - ¿Cuántas veces por día?
  - ¿Consume carne, pescado o vísceras? ¿Con qué frecuencia en la semana?
  - ¿Consume frutas o verduras? ¿Con qué frecuencia en la semana?
  - ¿Qué usa para dar de comer al niño?
  - ¿Usa biberón?
  - Si el peso es muy bajo para la edad, ¿De qué tamaño son las porciones que le da? ¿El niño recibe su propia porción?
  - ¿Quién le da de comer al niño y cómo?
- ¿Durante la enfermedad, hubo algún cambio en la alimentación del niño? Si lo hubo, ¿cuál fue el cambio en relación a lo que come.

Después de 2 días.

- Revalue la alimentación del niño mediante los pasos que figuran en el recuadro superior
- Consulte la historia del niño o la nota de consulta de control para obtener la descripción de cualquier problema de alimentación encontrado en la primera consulta y los consejos.
- Aconsejar a la madre acerca de cualquier problema de alimentación nuevo o persistente, cítele en 7 días
- Si el niño tiene riesgo nutricional o desnutrición, pide a la madre que regrese 7 días después de la primera consulta para medir el aumento de peso y ver de esa manera si los cambios introducidos en la alimentación están haciendo efecto.

### SI NO HAY PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN DEBE REGRESAR A LOS 7 DÍAS

Después de 7 días:

Para evaluar al niño, péselo y determine si el peso está en la zona anaranjada de la gráfica peso para la edad del niño de crecimiento y desarrollo. También revalúa la alimentación haciéndole a la madre las preguntas que se encuentran en el recuadro superior.

- Si el niño no tiene desnutrición moderada (zona anaranjada de la gráfica peso-edad) elogia a la madre; que comprenda que los cambios introducidos en la alimentación del niño están ayudando. Alientela a que continúe.
- Si el niño tiene aún un peso bajo para la edad, aconseja a la madre acerca de cualquier problema de alimentación encontrado. Enseñele a alimentar al niño con los alimentos apropiados para su edad y a ofrecérselos con suficiente frecuencia.

Pide a la madre que lleve otra vez al niño al cabo de un mes. Es importante ver al niño todos los meses para aconsejar a alentar a la madre hasta que el peso esté aumentando regularmente.

Si continúa sin aumentar peso o incluso esta bajando de peso no hay probabilidad de que se introduzca cambios en la alimentación, refiéralo al hospital de mayor poder resolutivo.

Si el niño presenta palidez palmar leve puede tener anemia. Trata al niño con hierro según el siguiente cuadro.

#### DAR HIERRO

Dar una dosis por día durante 2 a 3 meses (2 a 3 mg/Kg de hierro elemental).

EDAD O PESO	TABLETA DE HIERRO 200mg de fumarato ferroso/folato (65mg hierro elemental)	HIERRO EN JARABE Sulfato o gluconato ferroso 75 mg por 5 ml (15mg hierro elemental por 5 ml)
2 a 3 meses (4 - < 6 Kg)		5 ml
4 a 11 meses (6 - < 10 kg)		10 ml
1 a 2 años (10 - < 14 Kg)	1 tableta	15 ml
3 a 4 años (15 - 16 Kg)	1 tableta	20 ml

Si el niño es menor de 2 años de edad, déle jarabe. En caso de no contar con jarabe y ser mayor de 1 año de edad, déle comprimidos de hierro. Entregue a la madre hierro suficiente para 14 días. Dígale que le dé una dosis diaria al niño durante los próximos 14 días y que luego regrese a su control para recibir más hierro hasta completar 2 ó 3 meses de tratamiento.

- Recuérdele que el hierro puede poner negras las heces.
- Que guarde el hierro fuera del alcance de los niños, una sobredosis puede ser mortal.
- Si el niño no tolera la dosis única, puede dividirla en dos tomas.
- Si un niño con palidez palmar está recibiendo antimalárico sulfadoxina-primetamina (Fansidar), NO le dé comprimidos de hierro/folato hasta la consulta de control en dos semanas, ya que éste puede interferir con la acción del antimalárico, que también contiene folatos.
- Traer al niño para su control, ya sea porque la palidez palmar leve como por el peso muy bajo, al cabo de 14 días, se debe seguir las siguientes instrucciones.

#### DESPUÉS DE 14 DÍAS

- Evaluar la ganancia de peso y la mejoría de la anemia.
- Preguntar sobre el cumplimiento de la toma de hierro. Si es mal tolerado, aconsejéle que divida la dosis diaria en 2 tomas.
- Dar el suplemento de hierro.
- Dar instrucciones para que vuelva en 14 días después para que el niño reciba más hierro.
- Continúe administrando hierro cada 14 días durante 2 meses.
- Si presenta palidez palmar después de 2 meses, refiéralo al hospital.

Si hay riesgo de malaria solicite examen de gota gruesa y frotis ya que la anemia puede ser causada por esta.

También puede haber anemia por problemas de uncinariasis o trichuriasis, que ocasionan pérdida de hierro a través del sangrado intestinal.

#### DESNUTRICIÓN LEVE O RIESGO NUTRICIONAL

Se clasifica así, cuando el peso para edad del niño se encuentra dentro de la zona amarilla de la gráfica de peso para la edad del niño de crecimiento y desarrollo, o presenta aplanamiento o descenso en la curva de peso para la edad de acuerdo a los controles anteriores y el peso actual.

#### TRATAMIENTO

Estos niños corren un riesgo mayor de empeorar la desnutrición, y con ello tener mayor riesgo de hacer una enfermedad grave en el futuro. Evalúa y aconseja a la madre sobre alimentación de su hijo de acuerdo con las recomendaciones siguientes:

- Se debe preguntar a la madre para determinar cómo alimenta a su hijo y así poder darle consejos pertinentes para su caso.
- Elógiala por las prácticas apropiadas y aconsejéle si hubiera alguna de éstas que necesitan cambiar. Siempre utiliza lenguaje sencillo y al final hacer preguntas de verificación para que se asegure que la madre aprendió.

#### DESPUÉS DE 2 DÍAS

- Reevalúa la alimentación del niño mediante los pasos que figuran en el recuadro.
- Consultar la historia del niño o la nota de consulta de control para obtener la descripción de cualquier problema de alimentación encontrado en la primera consulta y los consejos previos. Preguntar a la madre cómo ha estado siguiendo los consejos.
- Aconseje a la madre acerca de cualquier problema de alimentación nuevo o persistente.
- Pide a la madre que regrese con el niño 7 días después.

#### SI NO HAY PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN DEBE REGRESAR A LOS 7 DÍAS

##### Después de 7 días:

Para evaluar al niño, pézalo y determina si el peso está en la zona amarilla de la gráfica de peso para la edad del niño de crecimiento y desarrollo. Observe si la curva de peso está aplanada o en descenso. También reevalúa la alimentación haciéndole a la madre las preguntas que se encuentren en el recuadro.

- Si el niño no tiene desnutrición leve (ha pasado a la zona verde de la gráfica peso/edad) y la curva de peso para la edad está en ascenso, elogie a la madre; que comprenda que los cambios introducidos en la alimentación del niño están ayudando. Alíentele a que continúe.
- Si el niño tiene peso en la zona amarilla de la gráfica de peso para la edad o la curva de peso se encuentra aplanada o en descenso, aconseja a la madre acerca de cualquier problema de alimentación encontrado. Enséñele a alimentar al niño con los alimentos apropiados para su edad y a ofrecérselos con suficiente frecuencia.

Pedir a la madre que regrese con el niño al cabo de 14 días. Es importante ver al niño todos los meses para aconsejar y alentar a la madre hasta que el peso esté aumentando regularmente de peso.

Si continúa sin aumentar de peso o incluso continúa bajando de peso y no hay probabilidad de que se introduzca cambios en la alimentación, refiéralo al centro de mayor poder resolutivo.

## NO TIENE DESNUTRICIÓN NI RIESGO NUTRICIONAL NI ANEMIA

Si el peso para la edad del niño se encuentra en la zona verde de la curva de peso para la edad del niño y no tiene una curva de peso para la edad aplanada o en descenso, la ganancia de peso es adecuada y no hay otros signos de desnutrición ni palidez palmar, clasificarlo como NO HAY DESNUTRICIÓN NI RIESGO NUTRICIONAL NI ANEMIA.

### TRATAMIENTO.

Si el niño tiene menos de 2 años de edad, evalúe su alimentación ya que a esta edad corren un riesgo más alto que los niños mayores de tener problemas de alimentación y desnutrición. Aconseja a la madre que alimente a su hijo de acuerdo con las recomendaciones que aparecen en el recuadro superior.

## GUÍA CLÍNICA DE INFECCIÓN URINARIA

### DEFINICIÓN

Es la existencia de bacteriuria significativa acompañada o no de síntomas y/o signos generales de infección de manifestaciones uretrovesicales (disuria, polaquiuria, urgencia, pérdida del control de la orina o retención urinaria) o de compromiso de función renal.

### ITU COMPLICADA

Alteración anatómica o funcional del riñón o de las vías urinarias.

### ITU NO COMPLICADA

Sin alteración anatómica o funcional del riñón o de las vías urinarias.

### BACTERIURIA SIGNIFICATIVA

Presencia de más de 100,000 unidades formadoras de colonias, un germen reconocido como patógeno urinario, o de cualquier número de UFC en orina tomada por punción suprapúbica de la vejiga o por cateterismo vesical mayor de 10,000 UFC.

### BACTERIURIA ASINTOMÁTICO

Bacteriuria significativa en ausencia de manifestaciones clínicas.

### BACTERIURIA RECURRENTE

Es la reaparición de bacteriuria significativa después de haber obtenido un cultivo estéril.

### RECAÍDA

Cuando se encuentra el mismo germen aislado inicialmente.

### REINFECCIÓN

Cuando se aísla un germen diferente o el mismo, pero de serotipo distinto.

### OBJETIVOS

- Tratamiento de la sintomatología
- Evitar el daño irreversible al parénquima renal
- Prevenir las recurrencias.

### ETIOLOGÍA

Escherichia Coli en mayor frecuencia, luego en menor porcentaje Klebsiella sp, Pseudomonas sp, Citrobacter, Streptococcus fecalis, Staphylococcus epidermidis.

## PATOGÉNESIS

- **Vías de infección:** Hematógena, ascendente, linfática.
- **Virulencia:** Adherencia de la Bacteria a receptores uroepiteliales, interacción entre las adhesinas pili o fimbrias y receptores de la célula uroepiteliales.
- **Otros:** Antígenos O y K de E.Coli los antígenos O1, O2, O4, O6, O7, O16, O18, O25, O50, O75 se han relacionado con Pielonefritis aguda y Bact. Asintomática y K1, K5, K12 con PNA.

## CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

El diagnóstico integral de la infección urinaria comprende la sospecha diagnóstica, la demostración de la infección.

## CLÍNICA

- a) **Recién nacidos:** inespecífico, como pobre alimentación, pobre ganancia ponderal irritabilidad, letargia, vómitos, fiebre o hipotermia o signos de sepsis.
- b) **Lactantes:** Menor ganancia ponderal, fiebre prolongada o intermitentes, sensibilidad suprapúbica, pañales fétidos, molestias uretrovesicales.
- c) **Preescolares:** Fiebre, manifestaciones uretrovesicales, eniuresis secundaria, dolor lumbar, orinas fétidas.
- d) **Escolares y adolescentes:** Manifestaciones uretrovesicales, fiebre, dolor lumbar o suprapúbico eniuresis secundaria, hematuria.

## EXAMENES AUXILIARES

- a) Hemograma Completo
- b) Urea, creatinina, Na, K, Cl.
- c) Examen completo de orina
- d) Urocultivo: Micción espontánea  
Cateterismo Vesical  
Punción suprapúbica
- e) Ecografía Renal
- f) Centellografía Renal (DMSA - Tec 99)
- g) Cistouretrografía miccional
- h) Urografía excretoria

## URIANALISIS

### Sedimento de Orina

Piuria, considerado positivo  $\geq 5$  leucocitos/campo.

**Test de Nitritos:** basado en la habilidad de muchos uropatógenos de reducir el nitrato a nitrito. Buena especificidad del 98% pero baja sensibilidad del 50% promedio.

**Hematuria.** Común en niños con ITU sintomática y está presente en el 20 a 25 % de los niños con cistitis aguda.

La presencia de hematuria o albuminuria no es de valor en el establecimiento del diagnóstico de ITU.

## UROCULTIVO

La interpretación del cultivo depende del método de colección y de la clínica. El nivel de bacteriuria significativa es de 100,000 UFC para chorro medio y/o bolsa colectora y/o muestral al aseo. Para la PSP se considera positivo cualquier crecimiento bacteriano y en cateterismo vesical más de 10,000 colonias.

## DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Ecografía renal, enlace morfológico renal, vesical y vías urinarias, presencia de litiasis.

Gammagrafía Renal

Cistouretrografía para el diagnóstico de reflujo vesicouretral y su grado, así como otras anomalías como válvulas de uretra posterior, ureteroceles y divertículos.

Pielografías Intravenosa. Indicada si hay lesión Obstructiva a cualquier edad, cicatrices renales, duplicación renal y uretral, riñón en herradura y riñón ectópico.

## TRATAMIENTO

### Tratamiento Farmacológico

El tratamiento antibiótico es sugerido previa toma de muestra para urocultivo. La droga de elección se basa en el patrón de resistencia de los uropatógenos más frecuentes.

ITU NO COMPLICADA: Por 7 a 10 días

ITU COMPLICADA: De 14 a 21 días

TABLA A-1

ANTIBACTERIANOS PARA INFECCIÓN URINARIA EN PEDIATRÍA

NOMBRE	DOSIS
Amoxicilina ácido clavulámico	25-50
Cefradina	40
Cefalexina	40
Cefuroxima	20-30
Gentamicina	5-7
Amikacina	15
Nitrofurantoina	5-7
Ácido Nalidixico	40-55
Tnmetrophnmin	10
Ciprofloxacina	20-40
Tratamiento de Quimioprofilaxis	

Indicada en pacientes con alto riesgo de desarrollar cicatriz renal, aquellos con reflujo vesicouretral y dilatación del tracto urinario, los del riesgo de desarrollar pielonefritis recurrente aguda y todo aquello que sugiera ITU complicada. Puede extenderse entre 6 a 12 meses y en casos específicos años (Tabla 2)

**TABLA 2**  
**ANTIBIOTICOS PARA QUIMIOPROFILAXIS EN ITU**

ANTIBIOTICO	DOSIS (mg/Kg/24 hr)
Nitrofurantoina	1-2
Trimetoprim	2.5
Acido Nalidixico	10 a 15
Cefradroxilo	3-5

#### SEGUIMIENTO

- Control de urocultivo al 5º día del tratamiento
- Control Mensual en 3 meses
- Control cada 6 meses

#### INDICACIONES PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO

- Fimosis en niños con ITU y tracto urinario normal
- Infección asociada en uropatía obstructiva
- Reflujo vesicouretral grado IV y V
- Reflujo vesicouretral grado II y III en el caso de que la quimioprofilaxis es incapaz de mantener la orina estéril.
- Presencia de abscesos renales y/o perineales.
- Uropatía obstructiva que condiciones ITU recurrente o compromisos de la función renal.

#### INDICACIONES PARA HOSPITALIZACIÓN

- Pacientes lactantes con compromiso sistémico
- Pacientes con fiebre alta y signos de deshidratación moderada

## INTERVENCIÓN EN LOS DAÑOS PSICOLÓGICOS PRIORIZADOS EN EL NIÑO /ADOLESCENTE

#### DEFINICIÓN

Conjunto de actividades de salud finales y/o complementarias a la consulta médica, realizadas por el profesional de psicología, que se brindan en forma personalizada para la detección, evaluación y seguimiento psicológico permanente de la población, con daños psicológicos. Además realizará actividades de promoción y educación en salud. Incluye las realizadas en Medicina Complementaria y Salud Ocupacional. La atención psicológica se realizará conforme a los criterios que contempla los protocolos de atención establecidos.

Dentro de las actividades psicológicas se consideran:

- Detección y Seguimiento en Psicología: Tamizaje, Entrevista, Evaluación Psicológica y Control
- Apoyo Psicológico
- Terapia Psicológica (Restitución de habilidades)

#### OBJETIVO

Brindar atención integral oportuna al usuario Niño y Adolescente, garantizando el bienestar psicológico y el reforzamiento de las habilidades personales para enfrentar los riesgos en Salud Mental.

#### Daños más frecuentes en el Niño y Adolescente

0 a 28 días	Menor de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 17 años
RN afectado por complicaciones del embarazo	Trastorno del desarrollo de la función motora	Trastorno hipercinético	Trastorno del desarrollo psicológico	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes
RN afectado por otras complicaciones del trabajo de parto y parto	Trastorno generalizado del desarrollo	Trastorno de conducta	Trastorno de la conducta	Trastornos del humor.
RN afectado por influencia nociva transmitida a través de la placenta o leche materna	Retardo Mental	Trastorno del desarrollo psicológico	Trastorno del comportamiento social	Trastornos neuróticos, relacionados al estrés y somatomorfos
Traumatismo del nacimiento.		Trastorno del comportamiento social.	Retardo Mental	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos
Trastorno respiratorio y cardiovascular específico del periodo perinatal		Retardo Mental		Retraso Mental
				Trastornos del desarrollo psicológico

#### DETECCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL DAÑO

#### ENTREVISTA PSICOLÓGICA

#### DEFINICIÓN

Actividad dirigida al usuario nuevo con el propósito de recopilar información, para la elaboración de la Historia Clínica Psicológica.

## PROCEDIMIENTO

**Paso 1:** Recepción del Usuario y/ o acompañante  
**Paso 2:** Se aplica protocolo diferenciado de entrevista.  
**Paso 3:** Recita y/o despedida del usuario.

- Criterio de Inclusión:  
Usuario con sospecha de daño Psicológico
- Criterio de Exclusión:  
Usuario con riesgo controlado

## EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

### DEFINICIÓN

Actividad de aplicación de técnicas, instrumentos o baterías de medición de forma grupal o individual con la finalidad de llegar al diagnóstico psicológico.

### PROCEDIMIENTO

- Paso 1:** Sesión 1ª: Recepción del Usuario, aplicación de batería diferenciada, recita, despedida (corrección de la prueba)
- Paso 2:** Sesión 2ª: Continuación con aplicación de Batería de Pruebas diferenciada, recita, despedida (corrección de la prueba)
- Paso 3:** Sesión 3ª: Continuación de aplicación de Batería de pruebas, (Corrección de las pruebas).
- Paso 4:** Elaboración del borrador del Informe psicológico
- Criterio de Inclusión:  
Usuario con sospecha de daño
  - Criterio de Exclusión:  
Usuario con riesgo controlado  
Usuario con trastorno emocional agudo

## TERAPIA PSICOLÓGICA INDIVIDUAL

### DEFINICIÓN

Procedimiento dirigido a la reducción y/o eliminación de los signos y síntomas identificados en la evaluación psicológica. Se realiza a través de técnicas psicoterapéuticas y por psicólogo entrenado para tal fin.

### PROCEDIMIENTO

- Paso 1:** Sesión 1ª: recepción del usuario, explicación de los resultados de la evaluación psicológica, identificación de los puntos críticos a tratar en la terapia. Explicación del plan de tratamiento, establecimiento de los compromisos terapéuticos, recita, despedida
- Paso 2:** Sesión 2ª a la 7ª: Tratamiento de los problemas emocionales a través de técnicas psicoterapéuticas que propicien la introspección y análisis respectivo de los comportamientos nocivos, capacidad de darse cuenta, resolución de la crisis, recita, despedida.
- Paso 3:** Sesión 8ª: Evaluación del efecto terapéutico ofrecido al paciente, control y seguimiento, recita, despedida
- Criterio de Inclusión:  
Usuario con diagnóstico psicológico
  - Criterio de Exclusión:  
Usuario con necesidad de tratamiento especializado

## TERAPIA DE GRUPO

### DEFINICIÓN

Actividad orientada a reducir y/o eliminar los signos de trastornos emocionales, así como potenciar los recursos y habilidades de la persona buscando su ajuste emocional y comportamental. Se realiza especialmente a grupos de 08 a 15 usuarios que previamente han sido evaluados.

### PROCEDIMIENTO

- Paso 1:** Sesión 1ª: Recepción de los usuarios, aplicación de prueba de entrada, presentación de los objetivos de la intervención, presentación de participantes, dinámicas de integración, recita, despedida de usuarios
- Paso 2:** Sesión 2ª: Presentación de la metodología de tratamiento de los temas, exposición de contenidos afines, análisis de los contenidos, adecuación a pautas concretas de comportamiento, recita, despedida de usuarios
- Paso 3:** Sesión 3ª a la 14ª: Exposición de contenidos afines, análisis de los contenidos, adecuación a pautas concretas de comportamiento, recita, despedida de usuarios
- Paso 4:** Sesión 15ª: Repaso de los contenidos más significativos, evaluación de la evolución del grupo, recita, despedida de usuarios
- Criterio de Inclusión:  
Usuario con diagnóstico Psicológico
  - Criterio de Exclusión:  
Usuario con crisis emocional  
Usuario con complicaciones orgánicas o psicológicas que impidan su autonomía.

## APOYO PSICOLÓGICO

### DEFINICIÓN

Actividad de afronte terapéutico del paciente con síntomas emocionales agudos, de carácter breve, incluye la orientación al paciente y su entorno mediante la explicación racional de los síntomas y el uso de técnicas de apoyo que promuevan el restablecimiento de su equilibrio psicológico.

### PROCEDIMIENTO

- Paso 1:** Recepción del Usuario
- Paso 2:** Identificación del factor crítico
- Paso 3:** Aplicación de técnicas racionales y catárticas
- Paso 4:** Recita y/o despedida del usuario
- Criterio de Inclusión:  
Usuario con síntomas emocionales agudos
  - Criterio de Exclusión:  
Usuario con daño identificado  
Usuario con riesgo identificado y controlado

### CRITERIOS DE REFERENCIA

- Trastorno profundo del desarrollo
  - Fobias severas
  - Trastorno mental invalidante
  - Usuario con agitación psicomotora
  - Pérdida de conciencia
  - Desorientación tiempo - espacial
  - Intento suicida
  - Evidente estado de crisis emocional
- En estos casos deberán ser referidos al servicio médico especializado (Psiquiatría)



## ACTIVIDADES DE ATENCION PSICOLOGICA Y SALUD MENTAL EN ATENCIÓN INTEGRAL EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE

Actividad	Sub Actividad	Objetivo	Pob. Objetivo	Requerimientos
Identificación del Daño	Entrevista psicológica	Recopilar información para elaborar la historia clínica psicológica	Con sospecha de Daño	Material escrito
	Evaluación Psicológica	Aplicar instrumentos o baterías de medición con la finalidad de llegar al diagnóstico psicológico	Con sospecha de Daño	Pruebas Psicológicas Material escrito
Control del Daño	Apoyo Psicológico	Brindar soporte emocional para lograr el equilibrio psicológico	Con Daño identificado	Material de Difusión
	Terapia Psicológica Individual	Reducir y/o eliminar los signos y síntomas identificados en la evaluación psicológica	Con Daño identificado	Camilla Grabadora Set terapéutico
	Terapia de Grupo	Reducir o eliminar los signos y síntomas identificados en la evaluación psicológica	Con Daño identificado	15 colchonetas 15 cojines Set terapéutico
Control del Daño Crónico	Evaluación Psicológica	Aplicar instrumentos o baterías de medición con la finalidad de llegar al diagnóstico de habilidades personales para la convivencia	Con Daño crónico	Pruebas Psicológicas Material escrito
	Terapia Psicológica Individual	Reducir y/o eliminar los signos y síntomas de recaída identificados en la evaluación psicológica	Con Daño crónico	Camilla Grabadora Set terapéutico
	Terapia de Grupo	Promover la reinserción socio-laboral y familiar.	Con Daño crónico	15 colchonetas 15 cojines Set terapéutico

## INTERVENCIÓN EN LOS DAÑOS NUTRICIONAL PRIORIZADOS EN EL NIÑO - ADOLESCENTE

### DEFINICIÓN

La presente guía comprende el conjunto de actividades y procedimientos que deben realizar los establecimientos de salud en el ámbito nacional para los efectos de la atención integral del niño y adolescente en lo que respecta a la identificación precoz de los mismos con riesgo o daño de malnutrición para su manejo e intervención nutricional.

### OBJETIVO GENERAL

Promover y mantener un adecuado nivel nutricional en el niño/adolescente, a través del diagnóstico nutricional e identificación del daño nutricional, con participación del equipo multidisciplinario de salud y la participación activa de la madre, desarrollando acciones de evaluación, control y seguimiento.

Niño-adolescente con daño nutricional, aquél que a través de la evaluación se le ha identificado signos y síntomas de malnutrición.

### IDENTIFICACION DEL DAÑO

#### A. EVALUACIÓN NUTRICIONAL

Se realizará a través de los parámetros consignados en la Historia Nutricional (la misma que forma parte de la Historia Clínica).

La información se obtendrá a través de:

- En caso de niños pequeños, a través de los padres o personas que los cuidan
  - En caso de adolescentes, directamente de ellos
- Valoración dietética: Es la estimación de la ingesta de nutrientes del niño- adolescente, tomando en consideración:
    - Evaluación cuali y cuantitativa de la ingesta alimentaria.
    - Frecuencia de comidas.
    - Pautas habituales de las comidas.
    - Densidad y temperatura de la alimentación.
    - Consumo de leche materna y/o preparados lácteos (Preparación/dilución)
    - Forma de elaborar las preparaciones.
    - Consumo de suplementos de vitaminas, minerales y medicamentos que se relacionan con la absorción de nutrientes.
    - Actitudes y comportamiento relacionados a la alimentación, núcleo familiar y religión.
    - Factores socioeconómicos.
  - Examen físico: Se identificará el retraso o disminución en el desarrollo psicomotor, el aumento o disminución del tejido celular subcutáneo, ausencia o presencia de trastornos digestivos, cambios en el apetito, condiciones dentarias, piel, cabellos, mucosas.
  - Valoración antropométrica: Para determinar el estado nutricional del niño-adolescente se realizará la medición de peso, talla, edad, índice de masa corporal respectivamente. Para la toma de las medidas antropométricas peso y talla seguir cuidadosamente la técnica de éstos registrando la información en el formulario respectivo. Los indicadores a usar son: Peso/Talla, Peso/Edad, Talla/Edad, tomando como referencia la Tabla del Centro Nacional de Estadística Sanitaria de los EEUU (NCHS). La medida de dispersión a usarse será el porcentaje de la mediana.

- Valoración bioquímica: Considerar el análisis de:
  - Hemograma
  - Albúmina sérica para valorar el estado proteico visceral
  - Examen parasitológico
  - Perfil lipídico (en casos de niño-adolescente con antecedentes de factores de riesgo familiar)

## CLASIFICACIÓN DE MALNUTRICIÓN

### A. Malnutrición por exceso:

- Sobrepeso
- Obesidad

### B. Malnutrición por déficit:

- Desnutrición leve
- Desnutrición moderada
- Desnutrición severa

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

PARAMETROS	CARACTERÍSTICAS	VALOR REFERENCIAL
Examen físico	Retraso o disminución en el desarrollo psicomotor y crecimiento Tejido celular subcutáneo pierde turgencia Niño llorón y apático Discreta disminución de fuerza muscular Extremidades adelgazadas Disminución de la grasa en el abdomen	Desnutrición leve
	Disminución de crecimiento normal con relación a su peso talla Pérdida manifiesta de tejido corporal subcutáneo en miembros y tronco Flacidez muscular Pérdida de dinamismo Frecuente trastornos digestivos Piel seca, piel de gallina	Desnutrición moderada
	Curso rápido, agudo Asociado a estrés catabólico Peso y antropometría conservados o no Apariencia física de un niño gordo, abotagado, apatía mental pronunciada Hígado agrandado Edema periférico, localizado en extremidades o generalizado Dermatitis con hiperpigmentación e hiperqueratosis Cabello despigmentado y quebradizo Debido a consumo insuficiente de proteínas Palidez por anemia nutricional	Kwashiorkor
	Desarrollo crónico y progresivo Apariencia física de emaciación severa Pérdida de peso crónico Adelgazamiento muscular y ausencia de grasa subcutánea Usualmente no hay agrandamiento de hígado No hay presencia de edema Piel seca y arrugada pero sin dermatosis Debida a un déficit en la ingesta de alimentos	Marasmo
	Frecuentemente por estrés catabólico superpuesto al marasmo preexistente Pérdida de tejido muscular y adiposo Presencia o ausencia de edema	Kwashiorkor marasmo
	Aumento del tejido celular subcutáneo Aumento de peso por encima del ideal	Malnutrición por exceso
Valores Bioquímicos	Albúmina sérica  Hemoglobina – Hematocrito	2.8 - 3.5 mg/dl D. Leve 2.1 - 2.7 mg/dl D. Moderada Menor 2.1 mg/dl D. severa Hb 7.0 - 10.9 mg/dl Anemia leve o Moderada Hto 24 - 32.9% Anemia leve o moderada Hb menor de 7.0 mg/dl Anemia severa Hto menor de 24% Anemia severa

PARAMETROS	CARACTERISTICAS	VALOR REFERENCIAL
Valores antropométricos	Peso/Talla	Mayor 120% Obeso 111 a 110 Sobre peso 90 a 110 % Normal 80 a 89% Desnutrido leve 70 a 79% D Moderado Menor 70% D Severa
	Talla/Edad	Mayor 95% Normal 90 a 95% D Crónico leve 85 a 89% D Crónico moderado Menor 85% D. Crónico severa
Valoración dietética	Ingesta de nutrientes por debajo del 80% de las recomendaciones durante 10 días o más	Malnutrición por déficit
	Ingesta de nutrientes por encima del 120% de las recomendaciones durante 10 días o más	Malnutrición por exceso

#### NIÑO O ADOLESCENTE CON GANANCIA DE PESO INADECUADA, DESNUTRICION AGUDA LEVE Y MODERADA.

- Referir al Nutricionista
- Evaluar alimentación del niño
- Tratamiento específico de acuerdo a Guía de manejo nutricional
- Educación para la salud
- Control frecuente cada 7 a 15 días para menores de 1 año y de 15 a 30 días para mayores de 1 año
- Si no mejora y está en zona roja según Camet de crecimiento, referir a un Centro de nivel superior para Hospitalización.

#### NIÑO O ADOLESCENTE CON DESNUTRICION CRONICA

- Referir al Nutricionista.
- Recomendaciones para una alimentación adecuada.
- Educación para la salud.
- Control cada 2 meses por un año para prevenir la desnutrición aguda.

#### NIÑO CON DESNUTRICION CRONICA REAGUDIZADA

- Referir al Nutricionista.
- Evaluar alimentación del niño.
- Tratamiento específico de acuerdo a Guía de manejo nutricional.
- Educación para la salud.
- Visita domiciliaria.
- Control frecuente cada 7 a 15 días.

#### NIÑO CON DESNUTRICION SEVERA

- Referir al Nutricionista.
- Evaluar alimentación del niño.
- Tratamiento específico de acuerdo a Guía de manejo nutricional.
- Hospitalización en caso de no mejorar (Coordinar con médico Pediatra)
- Reevaluación en 7 días post alta y un seguimiento mensual por un año.

#### NIÑO O ADOLESCENTE OBESO

- Referir al Nutricionista
- Evaluar alimentación del niño
- Tratamiento específico de acuerdo a Guía de manejo nutricional
- Control frecuente cada 15 días por 3 meses, luego 1 vez al mes hasta alcanzar peso ideal.

#### TRATAMIENTO

**Manejo de daños: Desnutrición, sobrepeso y obesidad. Manejo nutricional en EDA, IRA y Asma.**  
**Prescripción Dietética:** La formulación calórica, de macro y micronutrientes se hace de acuerdo a los siguientes principios.

#### CALORÍAS

El cálculo de requerimientos calóricos está de acuerdo con la edad y etapa de crecimiento y desarrollo del niño. A continuación se presentan las recomendaciones para satisfacer los requerimientos de energía y proteínas presentadas en las Guías para América Latina de 1989, derivadas a su vez de las de la Food and Agriculture Organization/Organización Mundial de la Salud/Organización de las Naciones Unidas (FAO/OMS/ONU) de 1985. Un método simple para estimar los requerimientos calóricos en la infancia es calcular 1,000 Cals como base más 100 Cals por cada año de edad hasta la pubertad.

Requerimientos promedio de energía

Recien nacido	20 Cals/kg/día
1 mes a 1 año	100 Cals/kg/día
1,1 - 2 años	100 Cals/kg/día
2,1 - 3 años	100 Cals/kg/día
3,1 - 5 años	95 Cals/kg/día
5,1 - 7 años	88 Cals/kg/día
7,1 - 10 años	78 Cals/kg/día (masculino)
	67 Cals/kg/día (femenino)
10,1 - 12 años	64 Cals/kg/día (masculino)
	54 Cals/kg/día (femenino)
12,1-14 años	55 Cals/kg/día (masculino)
	46 Cals/kg/día (femenino)
14,1-16 años	52 a 59 Cals/kg/día (masculino)
	45 a 51 Cals/kg/día (femenino)
16,1-18 años	52 a 58 Cals/kg/día (masculino)
	45 a 51 cal/kg/día (femenino)
Método simple:	
Menores de 12 años	1000 calorías base (primer año)
	Más 100 calorías por año cumplido

En cuanto a los requerimientos calóricos de los adolescentes atletas, se recomiendan de 600 a 1200 calorías adicionales por día, dependiendo del deporte practicado, de la duración y de la intensidad. Esto se logra aumentando el aporte de carbohidratos de la dieta. Han de consumirse de 60 a 75% de carbohidratos, de 15 a 20% de proteínas y de 20 a 30% de grasas para prevenir exceso de tejido adiposo y menor riesgo de enfermedades cardiovasculares. Idealmente todos los nutrientes deben provenir de la dieta, sin utilizar ningún suplemento comercial de proteínas ni aminoácidos, ya que esto es una costumbre frecuente en adolescentes que quieren desesperadamente aumentar su masa muscular. Otro punto a considerar comprende a las jóvenes que por las características del deporte que practican (ballet, gimnasia) se les exige mantener pesos por debajo de la norma, que muchas veces dirigen a la adolescente a ingerir menos alimentos de los que necesita para su crecimiento, con las consecuencias graves desde el punto de vista de balance de nutrientes y la posibilidad de desarrollar fallas en su crecimiento y trastornos de la alimentación.

Macronutrientes:	Carbohidratos	50 a 60% del V.C.T.
	Proteínas	10 a 15 % del V.C.T.
	Grasas	25 a 35% del V.C.T.

Las proteínas deben ser de alta calidad biológica como las que contienen la leche, los huevos y las carnes, y el resto de proteínas necesarias han de tomarse de cereales, legumbres y vegetales.

A continuación se presentan las recomendaciones para satisfacer los requerimientos de proteínas presentadas en las Guías para América Latina de 1989, derivadas a su vez de las de la Fondo ad Agricultura Organización/Organización Mundial de la Salud/Organización de las Naciones Unidas (FAO/OMS/ONU) de 1985.

Requerimientos promedio de ingestión diaria recomendada de proteínas

Edad (años)	Ingestión recomendada g/kg/día)	
	Proteína buena calidad	Proteína de dieta mixta
1,1-2	1.20	1.60
2,1-3	1.15	1.55
3,1-5	1.10	1.50
5,1-12	1.00	1.35
12,1-14	1.00	1.35 (masculino)
		1.30 (femenino)
14,1-16	0.95	1.30 (masculino)
	0.90	1.20 (femenino)
16,1-18	0.90	1.20 (masculino)
	0.80	1.10 (femenino)

## MICRONUTRIENTES

Las vitaminas y minerales son necesarios para el crecimiento y desarrollo normal.

Las recomendaciones de vitaminas y minerales según las Guías Nutricionales para América Latina de 1989 y las recomendaciones nutricias estadounidenses son las siguientes

Recomendaciones diarias de vitaminas y minerales

Edad	Vit. A (mEq)	Vit. C (mg)	Folatos (mg)	Tiamina (mg)	Riboflavina (mg)	Niacina He (mg)	Ca (mg)	Zn (mg)	Yodo
	Vit. A	Vit. C	Folato	Tiamina	Riboflavina	Niacina Al	Ca	Zinc	Yodo
1,1-3	375	31	100	0.5	0.8	9	10	625	8-12
3,1-5	465	39	125	0.6	0.9	11	10	775	9-16
5,1-7	540	45	145	0.7	1.1	13	10	900	11-18
7,1-10	585	49	155	0.8	1.2	14	10	975	12-20
10,1-12	630	52	170	0.8	1.3	15	12	1050	13-21
12,1-14	705	59	190	0.9	1.4	16	12	1175	14-24
	600	50	160	0.8	1.2	14	15	1000	12-20
14,1-18	825	69	220	1.1	1.6	19	12	1375	16-28
	645	54	170	0.9	1.3	15	15	1075	13-22
									150 Hombre
									150 Mujer
									150 Mujer

## INDICACIONES EN LA DESNUTRICIÓN

Considerando que la Desnutrición implica un alto riesgo de mortalidad requiere de un tratamiento oportuno, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- No se debe usar biberón, se debe dar Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de vida a libre demanda y en los niños con Lactancia Artificial se puede intentar relactación, es decir que la madre que ha dejado de lactar puede volver a dar Lactancia Materna en forma exclusiva.
- En los niños de 6 meses se debe continuar lactando, pero al mismo tiempo se debe empezar a dar alimentos semisólidos (iniciar alimentación complementaria).
- Determinar el volumen de la dieta, de acuerdo a la capacidad gástrica (3% de su peso corporal) iniciando con volúmenes pequeños para permitir la readaptación del niño desnutrido.
- La densidad calórica debe ser igual o mayor a 1.
- Usar alimentos densos y ricos en calorías: papillas más espesas, añadiendo aceite, mantequilla, azúcar.
- Utilizar mezclas de alimentos vegetales agregándoles proteínas de alto valor biológico y digestibilidad.
- Fraccionar la alimentación a 6 veces al día con volúmenes pequeños.
- Asegurar una adecuada combinación de alimentos. Se puede utilizar combinaciones de leche con cereales, como trigo (pan, fideos), arroz, maíz, quinua y avena. Leche con tubérculos como papa y yuca. Otra combinación es harina de trigo, harina de arvejas tostadas, zanahorias, aceite, azúcar, que se conoce como "sanquito". Se puede combinar el doble de proporción de cereales o tubérculos, por una porción de leguminosa. También es útil una combinación de cereales o tubérculos en una proporción de 4 y 1 proporción de productos de origen animal.
- La textura de los alimentos debe ser preferentemente refinados, de consistencia blanda, suave.
- Los líquidos que se den al niño serán después de las comidas.
- Los alimentos a utilizar serán de la olla familiar.
- Las sopas serán excluidas del régimen de alimentación del niño con desnutrición aguda.
- Si se presenta cuadros de diarreas deberá recibir el tratamiento adecuado sin suspender el proceso de alimentación.
- Al inicio del tratamiento no se deberá forzar al niño para que consuma toda la preparación.
- En la educación que se imparte a la madre deben incluirse temas de saneamiento e higiene de los alimentos y del medio ambiente.
- Se recomienda evaluar el impacto de la educación nutricional, de esta forma el aprendizaje será más efectivo.
- Supervisión domiciliar para la elaboración del régimen de alimentación del niño.
- Si el peso no se incrementa en dos controles seguidos, debe ser referido a la Consulta pediátrica para descartar otras causas: anemia, proteínas séricas, parásitos, entre otros.

## ALIMENTACIÓN EN DESNUTRICIÓN SEVERA

Etapas Iniciales en Marasmo:

Iniciar la dieta con 100 -125 Kcal/kg/día en un volumen de 100 - 125 ml/kg/día, a base de una mezcla de leche y cereal con azúcar y aceite.

- Las proteínas del 8 al 12% de las calorías, es decir para 100 Kcal aportar 2 a 3 grs de proteínas, a predominio de proteínas de alto valor biológico.
- Si el niño está tolerando la dieta, aumentar la energía de 25 en 25 Kcal diarias, hasta llegar a 200 ó 250 Kcal/kg/día, con lo cual se obtendrá una ganancia de peso aproximadamente entre 7 y 15 gr/kg/día.
- El potasio debe estar en 5 mEq/kg/día y el sodio 2 mEq/kg/día.
- Evitar períodos prolongados de ayunas, para prevenir complicaciones comunes en el desnutrido como: hipoglicemia, hipotermia.

- En caso de presentar vómitos y distensión abdominal, suspender la dieta y observar en las siguientes 4 horas y administrar en este tiempo suero endovenoso, si remite reiniciar la dieta más fraccionada, en caso de no remitir considerar la posibilidad de intolerancia a la lactosa, cambiando a una dieta sin lactosa.
- En caso de presentar vómitos pequeños, inmediatamente después de comer, no hay razón para preocuparse y suspender la dieta.

#### ETAPA INICIAL EN KWASHIORKOR:

- En niños con edema nutricional se debe iniciar la dieta con 75 Kcal/kg/día, en un volumen de 80 ml/kg/día, con 10 a 12% de las calorías como proteínas.
- El potasio debe estar entre 5 a 6 mEq/kg/día, y el sodio mantenerse en 1 mEq/kg/día, sin sobrepasar los 2 mEq/kg/día.
- Las consideraciones en el Kwashiorkor, son las mismas que para el marasmo, con la diferencia de que la dieta se deberá mantener fija en 75 Kcal/kg/día hasta que el niño funda edema. A partir de ese momento se podrá ir aumentando progresivamente de 25 en 25 Kcal hasta llegar a 200 ó 250 Kcal/kg/día.

#### FASE DE RECUPERACIÓN:

- Continuar aumentando la dieta, de acuerdo a lo que está indicado en la fase inicial, hasta llegar a 200 -250 kcal/kg/día. Las proteínas en 8 a 12% de las calorías.
- La proporción de calorías como proteína es más importante que la cantidad total de proteínas.
- No requieren una dieta con proteína más alta que este nivel y manteniéndose entre estos límites, el niño no presentará problemas de sobrecarga de la capacidad renal.
- Utilizar alimentos variados disponibles en la zona y en el hogar (económicos y nutritivos).
- Una vez que su recuperación esté progresando, lograr que el niño esté consumiendo una dieta variada, apropiada para su edad. Esto puede ser difícil, ya que estos niños no están acostumbrados, por lo que deberá tenerse mucha paciencia e insistir persuadiendo al niño a comer alimentos sólidos.
- Seguir dando leche materna y poner énfasis en consumir alimentos complementarios, ya muchos de estos niños prefieren lactancia materna y se resisten al consumo de alimentos sólidos.

#### INDICACIONES EN LA OBESIDAD

- Educación para mantener una dieta adecuada.
- Como parte del Plan de tratamiento, incluir técnicas de modificación de conducta.
- Disminuir el sobrepeso, o mantener el peso mientras se mejora la curva de crecimiento, aunque es necesario no sólo mantener sino también disminuir algo de peso para lograr el percentil adecuado.

#### NIVEL DE COMPLEJIDAD, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El control del niño y adolescente se realiza en todos los niveles de complejidad. En los Centros Asistenciales sin profesional Nutricionista se efectuará el seguimiento inicial de los niños con ganancia inadecuada de peso y niños con bajo peso, siguiendo la Guía de manejo nutricional según edad. En caso de que no presentaran mejoría en un mes, deberán ser referidos a un Centro Asistencial de mayor complejidad para ser tratado por el especialista.

#### MONITOREO NUTRICIONAL

Hacer control estricto cuya frecuencia es acorde a la norma de diagnóstico nutricional.

#### VISITA DOMICILIARIA

Se realizará con la finalidad de vigilar si se están cumpliendo con las recomendaciones que se hizo al momento de la consulta.

#### CRITERIOS DE ALTA

- Aumento de peso progresivo y adecuado en niños con déficit de peso.
- Diagnóstico nutricional normal durante 1 mes.
- El niño rehabilitado después del alta se controlará a los 7 días y un seguimiento mensual por 1 año.

#### MANEJO NUTRICIONAL EN ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

- Después de eliminar la deshidratación, no retardar la introducción de alimentos, la cual no debe ser en un tiempo mayor de 24 horas.
- El manejo debe ser individualizado y la concentración de la dieta debe graduarse de acuerdo a la aceptabilidad y tolerancia del niño.
- No suspender leche materna en niños menores de 2 años.
- La alimentación debe compensar las pérdidas fecales, para evitar una desnutrición progresiva.
- Fraccionar la alimentación en varias tomas al día.
- La diarrea no debe ser limitante para continuar alimentándolo en forma normal.
- La dieta debe incluir alimentos que aumenten la ingestión de proteínas entre 20 a 40% por encima de las recomendaciones usuales para niños sanos.
- Se puede preparar dietas a base de cereales o tubérculos, a base de trigo, arroz, maíz y papa, que presenten buena digestibilidad de proteínas y carbohidratos, completando la energía con caseína, aceite y azúcar.
- Dar la misma fórmula láctea, a dilución normal, observándose al inicio un incremento en el volumen de las evacuaciones, las cuales posteriormente tienden a normalizarse.
- Si hubiera intolerancia a la lactosa, entonces se pueden utilizar fórmulas sin lactosa o con contenido reducido de la misma, fórmulas mixtas bajas en lactosa, complementadas con arroz y plátano y fórmulas elaboradas a base de soya, con sacarosa y polímeros de glucosa o únicamente con polímeros de glucosa. En los niños que ya han iniciado ablactancia, puede darse dietas con mezclas de alimentos disponibles en la región como papilla de maíz, mezcla de papa, zanahonas, fideos, pollo, azúcar y aceite.

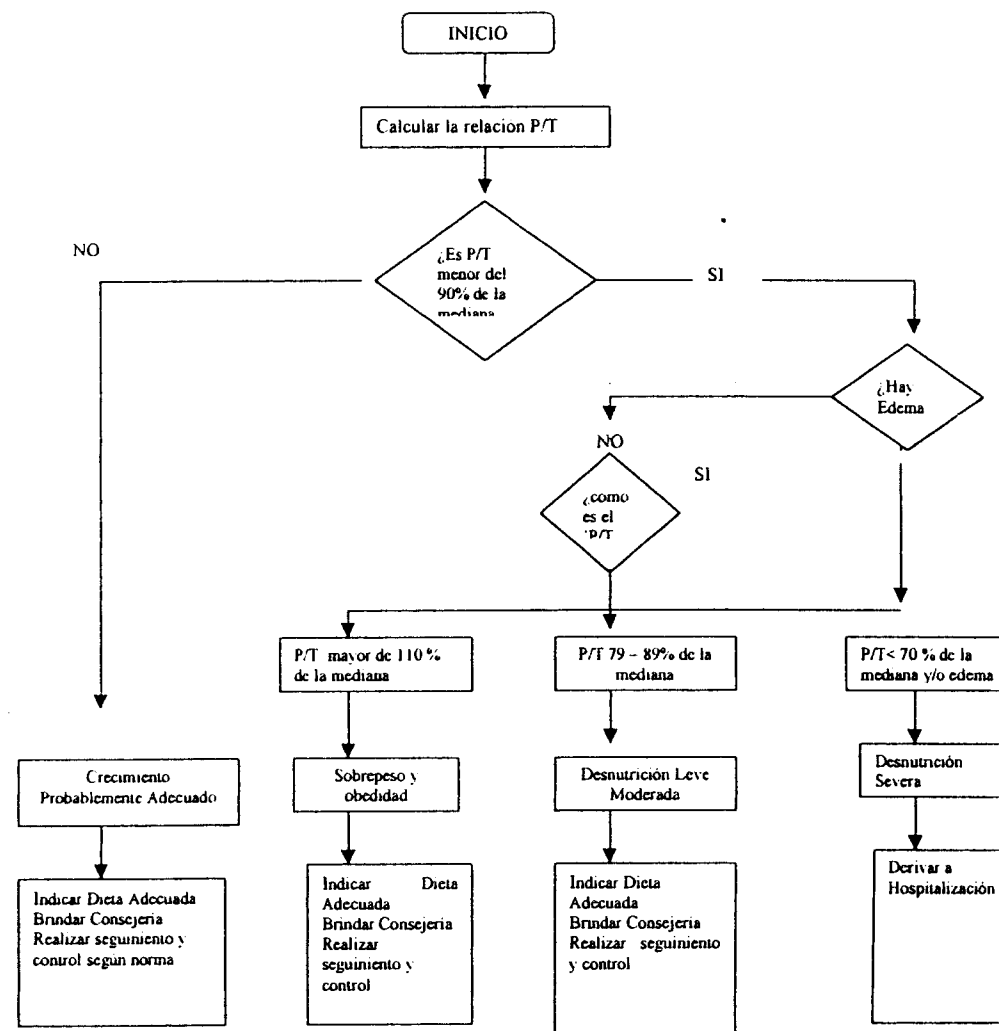
#### MANEJO NUTRICIONAL EN INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

- Sin dificultad respiratoria. Dar régimen normal para la edad y estado nutricional.
- Con dificultad respiratoria: Régimen fraccionado liviano, preferentemente blando durante el período de gravedad. Sin restricción de líquidos, salvo que se sospeche retención acuosa a nivel pulmonar.
- Sólo cuando hay insuficiencia respiratoria global, se recomienda restricción relativa de hidratos de carbono (35%) y aumento de lípidos (45%), para disminuir el consumo de O<sub>2</sub> y la producción de CO<sub>2</sub>, completando el resto de energía con proteínas en un 20% de las calorías totales.
- A medida que vaya cediendo la dificultad respiratoria, ir aumentando el aporte calórico progresivamente, aumentando la densidad calórica fundamentalmente a expensas de lípidos o hidratos de carbono.
- Los requerimientos de energía puede aproximarse al 150% de las recomendaciones básicas, incluyendo alimentos de alta densidad calórica.
- Si concomitantemente el niño presenta distensión abdominal se debe limitar la ingesta de alimentos que producen meteorismo (manzana, leguminosas, melón, etc.).
- Incluir pequeñas comidas a horarios regulares (cada 2 horas).
- Si la falta de apetito es el problema, recordar que los alimentos pobres en grasa y fríos se evacúan más rápidamente.
- Para mejorar el apetito se debe prestar atención a la apariencia, textura y aroma de los alimentos.
- Identificar los alimentos más accesibles desde el punto de vista económico.
- Estimular que el niño coma sus alimentos normales.
- En caso de lactantes, recomendar amamantar al niño con frecuencia.
- Promover la mejora nutricional, incidiendo en la lactancia materna, el aporte de vegetales ricos en vitamina A y en la adecuada alimentación del niño durante la enfermedad y en la convalecencia.

## MANEJO NUTRICIONAL EN ASMA

- Un alimento resulta aceptable sólo si se ha demostrado que no contiene tartracina (amarillo N° 5), que es un colorante que se utiliza en ciertos productos, por lo que debe aconsejarse siempre comprobar las etiquetas de los alimentos.
- Planificar una alimentación balanceada de acuerdo a la edad, sin tartracina que satisfaga las necesidades nutricionales.
- No ingerir ciertos productos industrializados como naranjadas, cremas y helados, porque en éstos se incluye el colorante tartracina como aditivo, el cual puede ocasionar intolerancias en el consumidor

## ANEXO 1 EVALUACION NUTRICIONAL



## INTERVENCIÓN EN EL DAÑO ODONTOLÓGICO EN EL NIÑO ADOLESCENTE.

### DEFINICIÓN

La salud oral del niño adolescente son actividades recuperativas dirigida a la población niño adolescente.

### OBJETIVO GENERAL

Elevar el estado de salud oral del niño adolescente

Disminuir la prevalencia y la incidencia de la caries dental, la mala oclusión y la enfermedad periodontal en el niño adolescente.

### OBJETIVO ESPECÍFICO

Vigilar y modificar el perfil epidemiológico de la caries dental, la mala oclusión y la enfermedad periodontal en el niño adolescente.

Educar a los padres de familia o responsables del niño adolescente en la necesidad de incorporar hábitos para preservar la salud oral

Trabajar con equipo interdisciplinario

Los procedimientos que se deberán realizar son:

Aplicación de Sellantes

Tratamientos recuperativos

Educar, orientar, fomentar la Lactancia Materna.

### CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

El cirujano dentista realizará el examen oral y determinará el daño estomatológico.

### MANEJO

Los procedimientos se realizarán de acuerdo a lo establecido por el profesional según el criterio de diagnóstico

Examen oral 1 vez al año

Desfocalización 2 a 3 veces

Aplicación de sellantes 2 sesiones 1 molar permanente

Topicación de Fluor de acuerdo a lo establecido.

Tratamientos recuperativos: Ionómeros de vidrio, resinas, amalgamas.

### CRITERIOS DE ALTA Y CONTROL

#### ALTA

Los niños /adolescentes que logren obtener la recuperación de los daños estomatológicos que concluyen con el tratamiento se dará el alta

Control

Se establecerán en todos los daños estomatológicos hasta que estos sean recuperados y/o controlados.

### RECURSO HUMANO

Cirujano Dentista

Técnica capacitada

### EQUIPOS

Unidad dental completa y operativa

Autoclave

### INSTRUMENTOS

Set de examen clínico

Set de odontopediatría

Set de cirugía

## GUÍA DE APLICACIÓN DE SELLANTES

### DEFINICIÓN

Son procedimientos preventivos de barrera, clínicos odontológicos que eliminan los surcos profundos de las piezas dentales posteriores que constituyen la localización más frecuente de la caries dental y son reemplazados por resinas adhesivas (sellante), la cual protege la pieza dentaria.

### MANEJO

- 1 Motivar a los padres y al niño explicándole en que consiste el procedimiento.
- 2 Programar el sellado de fosas y fisuras según plan de tratamiento.
- 3 Pasos técnicos: preparación del campo operatorio.
  - Lavarse las manos
  - Colocar mascarilla, guantes y anteojos
  - Explorar las fosas y fisuras.
  - Condicionar el diente para favorecer la adhesión: a) profilaxia, b) lavar con abundante agua, c) secar con aire, ch) pasta para profilaxis, d) eliminar residuos, e) lavar, f) secar, g) aislar con torundas de algodón, h) aplicar el agente grabador 15-20 seg. I) lavar, j) secar k) aislar con torundas l) preparar la resina según indicación del fabricante, m) aplicar la resina con aplicadores ó pincel sobre la superficie a sellar, n) esperar el endurecimiento o fotocurar según sea el caso, o) verificar con instrumento la presencia del sellador p) retirar los rollos de algodón.

Tener en cuenta que se deberá tomar en cuenta las normas de bioseguridad.

### CRITERIOS DE CONTROL

Control: Se establecerá de acuerdo al Riesgo Estomatológico.

- Bajo riesgo cada 12 meses
  - Riesgo medio cada 8 meses
  - Alto riesgo cada 6 meses
- El tiempo promedio de vida de un Sellante es de 3 años.

### RECURSOS HUMANOS

Responsable : Cirujano Dentista

Apoyo : Asistente Dental.

## GUÍA DE OBTURACIÓN EN MASA

### DEFINICIÓN

Es un proceso clínico preventivo, recuperativo, estratégicamente utilizado para inactivar caries dental reduciendo el riesgo de la misma a través de la disminución de la flora cariogénica.

### OBJETIVOS.

- Reducir el riesgo de caries a través de la disminución de la flora cariogénica.
- Inactivar los "nichos ecológicos" de lesiones cariosas a fin de controlar la infección o reinfeción.
- Utilizar biomateriales con liberación de flúor y cariostáticos para la inactivación de caries.

### CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.-

- Realizar el examen clínico y/o radiográfico de las piezas dentarias.
- Diagnosticar las lesiones cariosas pequeñas y de mediana profundidad sin compromiso pulpar.

### PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS – MANEJO

### PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS PARA LA OBTURACIÓN CON IONOMERO DE VIDRIO.

*Nota:* Durante estos pasos técnicos, deben guardarse las normas de bioseguridad, referente a desinfección, lavado, secado, esterilización y descarte de material desechable.

OBJETIVO	ACTIVIDAD	PASOS TÉCNICOS
Programar la obturación en masa. (inactivación de caries).	Preparación del equipo y la mesa de trabajo.	1. Equipo dental: Trimodular con pieza de mano de a.v., micromotor, succionador, luz visible fría, jeringa triple y escupidera. 2. Preparar la mesa: Instrumental de examen (espejo bucal, pinza, explorador) curetas para dentina, fresas de diamante redonda y cono invertido para turbina, torundas estériles de algodón, espátulas de acero o acrílicas, loseta de vidrio, ionomero de vidrio de auto o fotocurado con flúor, lámpara de luz halógena, guantes mascarillas, anteojos, campo p/paño, vaso descartable, agua estéril, espejo de mano, pla descartable par eyector, piedras p/pulido, papel de articular, etc.
Motivar al paciente	Información y reaseguro del paciente.	3. Verificar el correcto funcionamiento del equipo. 4. Explicar al pte. y/o padre de familia, qué se le va a hacer, cómo, por qué y con qué.
Seleccionar el cuadrante a obtener	Diagnóstico aislamiento.	5. Ofrecer el espejo de mano al paciente, explicándole. 6. Lavarse las manos y colocarse la mascarilla, anteojos y guantes.
Bajar la infección a niveles aceptables.	Apertura y acceso.	7. Identificar el cuadrante con mayor actividad de caries. 8. Colocar el eyector. 9. Aislar con rollos de algodón. 10. Secar las cavidades con torundas de algodón estéril.

OBJETIVO	ACTIVIDAD	PASOS TÉCNICOS
Rellenar la cavidad	Preparación del material y obturación de la cavidad	11. Lesión si cavidad. eliminar el esmalte con fresa. 12. Lesión con cavidad: eliminar la dentina desorganizada e infectada del piso y de las paredes cavitarias, utilizando una cureta de dentina bien afilada ofresa. 13. Limpiar la cureta con algodón estéril. 14. Lavar la cavidad con abundante agua, utilizando el succionador. 15. Utilizar aislamiento relativo con rollos de algodón. 16. Secar la cavidad con aire o torundas de algodón estéril. 17. Preparar el ionómero de vidrio según las especificaciones del fabricante. 18. Obturar la cavidad con el material esperando su endurecimiento o activarlo con luz de fotocurado, si así lo indica el producto. 19. Proceder al ajuste oclusal y acabado final con piedras para pulir resinas y otros. 20. Proceder en la misma manera respetando los pasos técnicos en los demás cuadrantes, hasta inactivar todas las lesiones.

### PROCEDIMIENTO CLÍNICO PARA LA APLICACIÓN DEL FLUORURO DIAMINO DE PLATA (FDP).

*Nota:* Durante estos pasos técnicos deben guardarse las normas de bioseguridad

OBJETIVO	ACCIÓN	PASOS TÉCNICOS
Programar la inactivación de caries.	Preparación del equipo y la mesa de trabajo	1. Equipo trimodular con micromotor, succionador, jeringa triple y buena iluminación. 2. Preparar la mesa: instrumental de examen, curetas, contrángulo descartable con escobilla, pasta profiláctica, torundas de algodón estériles, FDP, vaselina, rollos de algodón, guantes, mascarilla, anteojos, campo para el paciente, espejo de mano.
Motivar al paciente, padres de familia o acompañantes	Información y reaseguro del paciente	3. Verificar el correcto funcionamiento del equipo. 4. Explicar al paciente, padres de familia o acompañante, qué se le va a hacer, por qué, con qué, sobre todo que la pieza dentaria cariada se va oscurecer.
Seleccionar la (s) pieza (s) dentaria (s) a tratar por cuadrantes.	Diagnóstico	5. Ofrecer el espejo de mano al paciente, explicándole. 6. Lavarse las manos y colocarse la mascarilla, anteojos y guantes.
	Aislamiento	7. Examinar las piezas dentarias. 8. Verificar la presencia de caries amelodentinaria de poca y mediana profundidad.
Inactivar la infección con canostático FDP.	Acceso y tratamiento de las caries	9. Secar las piezas anidadas con torundas de algodón estéril, de ser necesario. 10. Eliminar la dentina desorganizada e infectada con cureta y limpiar con pasta profiláctica. 11. Secar, aislar bien con rollos de algodón. 12. Realizar toques con torunda de algodón o con pincel fino embebidos con FDP, evitando que gotee a los tejidos vecinos sanos, dejar actuar por 2 minutos.
Favorecer la mayor efectividad del tratamiento.	Indicaciones al paciente, padres o acompañantes	13. Secar el diente con torunda de algodón y protegerlo con vaselina, para aislarlo de los fluidos bucales. 14. Lavar o enjuagar con abundante agua, las zonas vecinas. 15. Indicar: - No comer hasta después de 1 hora. - De ser necesario el procedimiento se repetirá a los 7 días de 2 a 4 veces, de acuerdo al R.E. del paciente.



## CRITERIOS DE CONTROL, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

### CONTROL

Se establecerá de acuerdo al R.E. del paciente, los de R.E. alto será cada 6 meses y los de R.E. medio cada 8 meses.

### REFERENCIA

Se podrá referir al paciente a establecimientos de mayor complejidad que cuenten con la implementación adecuada para el tratamiento de obturación en masa.

### CONTRAREFERENCIA

Una vez resuelto el problema el paciente retomará a su establecimiento de origen donde se continuarán con sus controles.

## INTERVENCIÓN DEL DAÑO SOCIAL EN EL NIÑO-ADOLESCENTE

### DEFINICIÓN

La atención social permite intervenir oportunamente frente a las apariciones de los daños sociales de los niños y adolescentes, así como identificar los soportes sociales a fin de contribuir al desarrollo integral del niño.

### OBJETIVOS

Brindar atención oportuna al niño y adolescente contribuyendo a su bienestar socio-familiar y desarrollo integral.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el daño social en el niño/adolescente y la familia que interfiere en su normal desarrollo.
- Estudiar y evaluar la situación socio-económica de la familia, incidiendo en las necesidades básicas que pone en riesgo la vida y el normal desarrollo del niño/adolescente.
- Detectar en que medida la familia del niño/adolescente, esta relacionada con las redes sociales y factores protectores.
- Sensibilizar y educar en el automanejo del daño social.
- Realizar el seguimiento de las familias que presentan daño.
- Promover la participación comunitaria que asegure el respeto de sus derechos y desarrollo integral.

### ACTIVIDADES

#### DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL DAÑO SOCIAL EN EL NIÑO/ADOLESCENTE

Actividad dirigida al usuario niño / adolescente que presenta daño o problema social.

#### EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO SOCIAL

Actividad dirigida al usuario, que permite establecer el diagnóstico social y direccionar el plan de intervención y tratamiento social, utilizando técnicas e instrumentos de estudio social.

### PROCEDIMIENTO

- Evaluación Social: Entrevista social con el usuario y/ o familia, utiliza técnicas e instrumentos de estudio social.
- Establecer un Diagnóstico Social.
- Elabora y remite el informe social a historia.
- Recita y/ o concluye de acuerdo a la situación problema presentado.

#### PLAN DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

Actividad dirigida al usuario, en el que se plantea un conjunto de acciones que respondan a las necesidades de los usuarios a fin de mejorar o superar su problemática.

Se realiza el seguimiento de acuerdo a la situación problema presentado, así mismo se determina el avance del tratamiento social, el restablecimiento del equilibrio socio-familiar o replantear nuevas estrategias de acción.

## PROCEDIMIENTO

- Entrevista social con el usuario o familia
- Revisión de Diagnóstico social y plan de Intervención
- Ejecutar las estrategias planteadas

### Entre otras considerar:

- Gestión y movilización de redes sociales de apoyo que permitan un mayor soporte social.
- Terapia grupal: Actividad que se realiza en equipo interdisciplinario en situaciones específicas que lo requiera el paciente.
- Acción Educativa con el usuario y familiares
- Evaluación de la situación problema
- Ingresar Información en Historia y Ficha de seguimiento.
- Recita y / o concluye con la atención.

## CAPITULO VII

### REGISTRO LA INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

#### DEL REGISTRO

Las actividades en el área del niño adolescente deberán estar registradas en el parte diario de atención el cual alimenta a la Red de Gestión Hospitalaria diariamente de tal manera que al finalizar el mes se pueda tener el consolidado mensual, esta información será remitida a la gerencia departamental para su consolidación y enviado al nivel central en forma trimestral

La otra fuente de información son los libros de registro y seguimiento del Niño/Adolescente.

La consolidación de la información estará a cargo del equipo interdisciplinario del área del Niño/Adolescente. El /Los profesionales de los otros grupos poblacionales (Adulto /Adulto Mayor Mujer/Gestante deberá en forma oportuna alcanzar al área del niño y adolescente la información para su respectiva consolidación, para el caso de inmunizaciones.

También debe considerarse la información que se debe remitir a MINSA ( CRED y PAI)

Para el caso de las IRAS y EDAS( en la unidad de prevención), en el libro de control y seguimiento se anotara las IRAS o EDAS, que sean evidenciadas en ese momento, por el personal de salud( enfermera) colocando la fecha de la evaluación

El registro adecuado de los casos de Asma permiten identificar en forma personalizada al paciente para una mejor atención, se anotará el número de caso, la fecha que fue diagnosticado y la fecha que ingreso a la unidad de prevención por el personal de salud ítems 11.4(enfermera), asimismo se anotara NC cuando el asma no este controlada y C cuando se encuentre controlada. Considerar a partir de los 5 años hasta los 18 años, para el control de enfermería, indistintamente que un niño menor debe ser manejado por el médico y si requiere la atención de la nutricionista u otro profesional deberá ser derivado a la unidad de prevención.

#### INFORMACIÓN

Se consolida la información de las actividades en los informes operacionales correspondientes al área del niño/adolescente, uno correspondiente específicamente a Inmunizaciones y el otro correspondiente al consolidado de las otras actividades, en el cual se debe consignar los datos de los diferentes profesionales que esten comprometidos en la Atención del niño/adolescente.

Dicha información debe ser remitida al nivel central por Gerencia Departamental en forma trimestral y después de 20 días de haber terminado el trimestre

#### EVALUACIÓN

Los indicadores de salud y los informes operacionales documentos de trabajo así como los objetivos del área establecen la necesidad de desarrollar un sistema de evaluación continua. Este sistema tiene como finalidad el poder analizar en que niveles se encuentre el desarrollo de las actividades.

Se considera evaluación al conjunto de métodos que tienen como propósito el analizar el desarrollo de los objetivos, actividades, costos e impacto, establecer la valoración de los mismos y efectuar intervenciones necesarias.

Encaminar acciones para que desde el nivel operativo hasta el nivel central, se logre un trabajo coordinado y sistemático de la evaluación.

Se deberá evaluar los informes operacionales así como los indicadores para tomar acciones necesarias en caso de presentar problemas por ejemplo se evaluará:

#### LA COBERTURA DE VACUNACIÓN

Debe ser calculada por grupo de edad y población asignada. Se debe trabajar con población protegida por ejemplo:

En Polio se considerará la tercera dosis para considerar población protegida

## EFICACIA

La tasa de Deserción expresa el porcentaje de los niños/adolescentes que no completaron el esquema mínimo de vacunación con 3 dosis. Este indicador nos permite evaluar las actividades, eliminar las causas que la determinan la deserción.

## COSTO

Estimación de costo por niño completamente inmunizado vrs. Costo de un niño con alguna enfermedad inmunoprevenible.

Esta evaluación se realizará a través de los informes operacionales;

Para la evaluación de resultados de salud se puede señalar que prestaciones se va a otorgar a un usuario sano, en riesgo, enfermo y que resultados esperamos obtener a corto plazo y que a largo plazo

### En el usuario sano:

- Detección de riesgos y daños.
- Consejería
- Inmunizaciones.
- Control de Crecimiento y Desarrollo.
- Orientación y acceso voluntario a métodos de planificación familiar.
- Detección de cáncer cuello uterino mama.
- Psicoprofilaxis.
- Control en salud oral.
- Educación y Entrenamiento.

### ¿QUÉ RESULTADOS ESPERAMOS EN UN NIÑO Y ADOLESCENTE SANO A CORTO PLAZO?

Neonato	}	Protegido por inmunizaciones Controlado en Crecimiento y Desarrollo Informado y Entrenado
Lactante		
Pre – escolar		
Escolar		
Adolescente		

### ¿ QUE RESULTADOS ESPERAMOS EN UN NIÑO/ADOLESCENTE SANO A LARGO PLAZO?

- Reducir mortalidad de enfermedades prevalentes.
- Erradicar las Enfermedades Inmunoprevenibles.
- Detectar precozmente retrasos generales y selectivos del desarrollo en el niño/adolescente.
- Preservar la salud de la población

## DEBEMOS OBTENER

### EN EL USUARIO CON FACTORES DE RIESGO

Identificación y Control de riesgo

Orientación y consejería con relación al riesgo.

Psicoprofilaxis

Brindar las actividades del grupo anterior (item sano), si no lo Recibió.

### ¿QUÉ RESULTADO ESPERAMOS EN UN NIÑO Y ADOLESCENTE CON FACTORES DE RIESGO A CORTO PLAZO?

Neonato	}	Con riesgos detectados y controlados Informado Entrenado
Lactante		
Pre – escolar		
Escolar		
Adolescente		

### ¿ QUE RESULTADOS ESPERAMOS EN UN NIÑO/ADOLESCENTE CON FACTORES DE RIESGO A LARGO PLAZO?

Lograr que estos riesgos no se conviertan en daños  
Preservar la salud de la población.

### En el usuario con daño

- Identificación y Control del daño
- Tratamiento
- Orientación y consejería en relación daño
- Visita domiciliaria
- Psicoprofilaxis en estilo de vida
- Brindar las actividades de los grupos anteriores (item sano y con factores de riesgo), si no lo recibió.

### ¿QUÉ RESULTADO ESPERAMOS EN UN NIÑO Y ADOLESCENTE CON DAÑO A MEDIANO PLAZO?

Neonato	}	Con daños identificados, curados y controlados Informado Entrenado
Lactante		
Pre – escolar		
Escolar		
Adolescente		

### ¿ QUE RESULTADOS ESPERAMOS EN UN NIÑO/ADOLESCENTE CON DAÑO A CORTO PLAZO?

Disminuir la morbilidad por los riesgos priorizados y la letalidad de los daños especialmente por causas perinatales, neumonías, entre otras.

# ANEXOS

ESSALUD  
GERENCIA NACIONAL DE SALUD

## FICHA DEL ADOLESCENTE

Nombre y Apellidos	Examen Físico	Hallazgos	Usa palabras Soeset Nunca	Siempre
Edad	Piel y Anexos Normal	Hallazgos	Molesta a otras personas Nunca	Siempre
FAMILIA:	Cabeza Normal	Hallazgos	Amenza a Compañeros Nunca	Siempre
Estable: SI No	Cara Normal	Hallazgos	Tegustia estar solo(a) todo el tiempo SI No	
Padre: Con el ella Abandono	Cuello Normal	Hallazgos	Te calificas como solitario(a) SI NO	
Madre: Con el ella Abandono	Torax Normal	Hallazgos	Eres rechazado(a) por compañeros SI NO	
Viven Madrasia	Abdomen Normal	Hallazgos	Tienes amigos en quien confiar SI NO	
Nº de Hermanos	Año Normal	Hallazgos	Estas Aburrido(a) SI NO	
VIVIENDA	Columna Vertebral Normal	Hallazgos	Haces Ejercicio SI NO	
Nº de personas por Habitación	Extremidades Normal	Hallazgos	Has tenido ideas suicidas SI NO	
Agua potable	Genitourinario Normal	Hallazgos	Alguien se ha suicidado en tu familia SI NO	
Cisterna	Sistema N.C. Normal	Hallazgos	Tienes amigos en quien confiar SI NO	
Desague Hidráulico	Menarquia	Hallazgos	Te encuentras en pandillas SI NO	
Pozo Ciego	Tic		Tienes enamorada(o) SI NO	
Pozo Ciego	Migraña SI	No	Tienes relaciones sexuales SI NO	
OTROS	RIESGOS		Has tenido otras parejas SI NO	
Padres Diabéticos SI	Peso Sobre peso	Bajo peso		
Padres o Familiares con TBC SI	Consumo Alcohol NO	SI FRECUENCIA		
Padres que consumen (eron) Alcohol	Consumo Tabaco NO	SI FRECUENCIA		
Padres o Familiares con ETS SI	Consumo Drogas NO	SI FRECUENCIA		
Padres o Familiares con VIH-SIDA SI	Duerme Normal	Poco Mucho		
Padres o Familiares con Epilepsia SI	Se concentra SI	NO		
Padres o Familiares con Trastornos Mentales SI	Se siente triste NO	Rara vez		
Padres obesos SI	Tiene ganas de llorar NO	Aveces		
	Molesta a los animales Nunca	Siempre		

## SECUENCIA NORMAL DE LOS CAMBIOS DE MADURACIÓN

INFORME OPERACIONAL  
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI

1.- Organismo desconcentrado 2.- N° de centros asistenciales	6.- TIPO DE VACUNA POR GRUPO DE EDAD	7.- FAMILIAR/IN PROGRAMADA	8.- DOSIS APLICADAS					4.- Trimestre		5.- Año:		0.- DESERCIÓN (%)
			RN	1a	2a	3a	4a	5a	D.A.	Total	Acumulado	
MENORES DE UN AÑO:												
	B.C.G.											
	POLIO											
	D.P.T.											
	A.Hepat											
	Antisarampionosa (1 AÑO)											
	Antiamarilica (9 meses)											
	Otras											
	Otras											
DE UNO A CUATRO AÑOS												
	B.C.G.											
	POLIO											
	D.P.T.											
	Antisarampionosa (2-4 años)											
	Otras											
MUJERES EN EDAD FÉRTIL												
	DT Gestantes											
	DT No Gestantes											
OTRAS VACUNAS												
	Antitétanica											
	Antifélica											
	Antirrábica											
	Antidifterica											
	Antiamarilica											
	Antihopatitica											

Fuente: PARTE DIARIO

11 - Firma del Responsable

INSTRUCTIVO INFORME OPERACIONAL PAI

- ORGANO DESCONCENTRADO.**  
Colocar el nombre del Centro Asistencial o el nombre de la GERENCIA cuando se realice el consolidado departamental.
- N° de CENTROS ASISTENCIALES.** - Anotar el número de establecimientos que informan para el caso de las Gerencias Departamentales
- MES.** - Colocar el mes que corresponde a la información que se está reportando.
- TRIMESTRE.** - Indicar el trimestre correspondiente
- AÑO.** - Colocar el año del que se informa.
- TIPO DE VACUNA POR GRUPOS DE EDAD**  
En esta columna están registradas los tipos de vacuna según grupos de edad.
- Población Programada.**  
Colocar el número de población programada para cada biológico por grupo de edad, considérese el 60% de la población total asegurada para los menores de 1 año.
- Dosis Aplicadas.**  
Anotar en cada columna el número de vacunas aplicadas por cada dosis (RN, 1°, 2°, ..., 5°, y las dosis adicionales (DA), según tipo de vacuna y grupo de edad.  
En la columna Total, anotar el total de dosis aplicadas por cada tipo de vacuna.  
En la columna Acumulados: anotar la cifra acumulada de las dosis aplicadas de Enero al mes que se informa.
- Protegidos.** - Anotar el número de personas protegidas por cada tipo de vacuna según grupo de edad. Considérese Protegido a aquella persona que ha completado las dosis estandarizadas por cada tipo de vacuna  
Protegidos Acumulados = Es la cifra acumulada de protegidos por vacuna de Enero al mes que se informa.

- Cobertura.** - Es el porcentaje de protegidos por vacuna en relación a la población con necesidad y programada  
$$\% \text{ de Deserción} = \frac{\text{1era Dosis} - 3 \text{era Dosis}}{\text{1era Dosis}} \times 100$$
- Porcentaje de deserción** resulta de restar el número de la primera dosis menos la última, luego de obtener el resultado se divide entre el número de la primera dosis y se multiplica por 100
- Solo para la vacuna polio y DPT**  
**FIRMA del Responsable.** - Deberá firmar y sellar la persona que informa el consolidado de la unidad de prevención  
Este informe es de periodicidad mensual y la fuente es el parte diario de atención



1 ORGANISMO DESCONCENTRADO \_\_\_\_\_ 2 CENTRO ASISTENCIAL \_\_\_\_\_ 3 RESPONSABLE \_\_\_\_\_

LACTANCIA	6. SEMEJAS DE EDAD				7. DESARROLLO				8. AÑO			
	Total		1 año		2 años		3 años		4 años		5 años	
	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
1 Niños y Adolescentes Controlados												
- Con 1 control												
- Con 2 controles												
- Con 3 controles												
- Con 4 controles												
- Con 5 controles												
2 Niños y Adolescentes Controlados Normales												
3 Niños con Lactancia Materna Exclusiva												
4 Niños y Adolescentes con Riesgo Nutricional												
5 Niños y Adolescentes con Riesgo Nutricional Controlado												
6 Niños nacidos con bajo peso al nacer												
7 Niños con bajo peso al nacer controlados												
8 Niños con desnutrición aguda												
9 Niños con desnutrición aguda controlada												
10 Niños con desnutrición global												
11 Niños con desnutrición crónica												
12 Niños y Adolescentes Obesos												
13 Niños y Adolescentes con Anemia												
14 Niños y Adolescentes con Riesgos por Áreas de desarrollo												
- Riesgo Área motora												
- Riesgo Área Coordinación Controlado												
- Riesgo Área Personal Social Controlado												
- Riesgo Área Lenguaje Controlado												
15 Niños con Retraso por Áreas de desarrollo												
- Retraso Área motora Controlado												
- Retraso Área Coordinación Controlado												
- Retraso Área Personal Social Controlado												
- Retraso Área Lenguaje Controlado												
16 Niños y Adolescentes con riesgos en todos de vida												
17 Niños y Adolescentes Controlados en todos de vida												
18 Niños y Adolescentes con Riesgos Psicológicos												
19 Niños y Adolescentes Controlados en Riesgos Psicológicos												
20 Niños y Adolescentes con Riesgos Sociales												
21 Niños y Adolescentes Controlados en Riesgo Social												
22 Niños y Adolescentes Referidos												
23 Niños y Adolescentes Controlados												
24 Niños y Adolescentes con enfermedades prevalentes												
- IRA												
- PARASITOSIS												
- ABMA 1												
- Controlado												
- No Controlado												
25 Niños y Adolescentes entrenados en el manejo del riesgo												
26 Niños y Adolescentes entrenados en el manejo del daño												
27 Niños y Adolescentes con Enfermedades Asociadas (TV Nivel)												
28 Total de Niños Domésticos												
POBLACIÓN TOTAL												

FUENTE: Parte Diario

B. Firma del Responsable

## INSTRUCTIVO INFORME OPERACIONAL NIÑO/A DOLESCENTE

- 1 ORGANISMO DESCONCENTRADO.- Se deberá colocar la GERENCIA del cual proviene la información.
- 2 CENTRO ASISTENCIAL.- Se colocará el Nombre del centro asistencial que reporta.
- 3 RESPONSABLE.- Nombre de la Persona que es responsable de consolidar y evaluar los datos informados
- 4 AÑO.- Se deberá colocar con números el año al que corresponde al informe.
- 5 ACTIVIDAD:
  - 1 NIÑOS Y ADOLESCENTES CONTROLADOS.- Se considera a los niños, según grupo etáreo, que se les realizó un control de crecimiento en el periodo del informe Para el caso de los menores de 1 año considerará 5 controles; 0-1 mes de Recién nacido, el o primer control 1 mes, el segundo control a los 2 meses, el tercer control a los 4 meses, el cuarto control a los 6 meses, el quinto control a los 7 - 9 meses y para el caso de los mayores de 1 año un control por año.
  - 2 NIÑOS Y ADOLESCENTES CONTROLADOS NORMALES.- Aquí consignar el dato de aquellos niños/adolescentes que el realizarse el control este fue normal, no presentaron problemas de IRA o EDA, han recibido todas sus vacunas.
  - 3 NIÑOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.- Consignar el número de niños que tuvieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses...
  - 4 NIÑOS/A DOLESCENTES CON RIESGO NUTICIONAL.- Consignar el número de niños/adolescentes que se les identificó algún riesgo nutricional en la unidad de prevención, consignar el dato de la enfermera y la nutricionista.
  - 5 NIÑOS/A DOLESCENTES CON RIESGO NUTRICIONAL CONTROLADO.- Consignar el número de niños/adolescentes controlados del riesgo nutricional
  - 6 RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO AL NACER.- Consignar el número de Recién nacidos con bajo peso al periodo del reporte

- 7 NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER CONTROLADOS.- Niños que han recuperado el peso IDEAL no debe exceder la intervención por enfermería más de cuatro veces
- 8 NIÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA.- Aquellos que al momento de evaluación según protocolo presenten desnutrición aguda leve y moderada (peso/falla) consignar el dato de la enfermera y la nutricionista
- 9 NIÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA CONTROLADA.- Registrar a los niños/adolescentes que luego de realizar la intervenciones se recuperan consignar el dato de la enfermera y la nutricionista
- 10 NIÑOS CON DESNUTRICIÓN GLOBAL.- Registrar el número de niños/adolescentes que presenten las características de Peso /edad bajo para la edad consignar el dato de la enfermera y la nutricionista
- 11 NIÑOS DESNUTRICIÓN CRÓNICA.- Que Son los niños/adolescentes con talla baja para la edad y buen peso para la talla, es decir Talla/ Edad bajo y Peso/Talla normal que son devueltos a la nutricionista
- 12 NIÑOS/A DOLESCENTES OBESOS.- Registrar a los niños/adolescentes que presenten características de Obesidad deberán ser derivados Fuente parte diario.
- 13 NIÑOS/A DOLESCENTES CON ANEMIA.- Consignar el número de niños/adolescente que presentaron anemia pero con examen de laboratorio confirmada fuente red de gestión.
- 14 NIÑOS Y ADOLESCENTES CON RIESGOS POR ÁREAS DEL DESARROLLO.- En este rubro se deberá colocar el total de riesgos encontrados por grupo etáreo  
14.1;14.2;14.3;14.4 Aquí se colocará el número de niños/adolescentes que fueron controlados en los riesgos por cada una de las áreas descritas
- 15 NIÑO CON RETRASO EN ÁREAS DEL DESARROLLO.- Se consolidará el total de retrasos por grupo etáreo y por áreas correspondientes  
15.1;15.2;15.3;15.4 Aquí se colocará el número de niños/adolescentes que se recuperaron del retraso por áreas correspondientes

- 16 NIÑOS/ADOLESCENTES CON RIESGOS EN ESTILOS DE VIDA.- Se debe consignar el número de niños/adolescentes que se captaron con riesgos en estilos de vida (5-9, 10-17 años)
- 17 NIÑOS/ADOLESCENTES CONTROLADOS EN ESTILOS DE VIDA.- Se debe consignar el número de niños y adolescente que se les ha controlado los riesgos en estilos de vida en ese periodo que se informa
- 18 NIÑOS/ADOLESCENTES CON RIESGO PSICOLÓGICO.- Se debe consignar el número de niños/adolescentes con riesgo psicológico
- 19 NIÑOS/ADOLESCENTES CONTROLADOS EN RIESGOS PSICOLÓGICOS.- Se debe consignar el número de niños/adolescentes que se les ha controlado en el riesgo psicológico
- 20 NIÑOS/ADOLESCENTES CON RIESGOS SOCIALES.- Se debe consignar el número de niños/adolescentes con riesgo social
- 21 NIÑOS Y ADOLESCENTES CONTROLADOS EN RIESGOS SOCIALES.- Se debe consignar el número de niños/adolescentes que se les ha controlado en el riesgo social
- 22 NIÑOS ADOLESCENTE REFERIDOS.- En este rubro se consolida el total de los niños adolescentes referidos a otros profesionales (Nutricionistas, Psicólogos, Servicio Social, etc.).
- 23 NIÑOS/ADOLESCENTES CONTRAREFERIDOS.- Se consolida el total de los niños adolescentes que regresaron a la enfermera, después de la evaluación de los diferentes profesionales.
- 24 NIÑO Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES PREVALENTES IRA, EDA PARASITOSIS ASMA.- Se consigna los casos que atiende la enfermera más el médico para el caso de IRA(leve), EDA (leve). Para el caso de parasitosis solo se consignan los casos atendidos por el médico.

ASMA( Consignar solo los casos que enfermera atiende en la unidad de prevención)  
CONTROLADO.- Paciente que clínicamente se encuentra estable, es decir que sus signos vitales funcionales se encuentran dentro de los rangos normales para su edad.  
NO CONTROLADO.- Paciente que clínicamente no se encuentra estable, es decir que sus signos vitales y funcionales no se encuentran dentro de los rangos normales para su edad considerar el total.

- 25 NIÑOS/ADOLESCENTES ENTRENADOS EN EL MANEJO DE RIESGO.- Se consignara el número de niños/adolescente que tuvieron un entrenamiento para controlar los riesgos.
- 26 NIÑOS/ADOLESCENTES ENTRENADOS EN EL DAÑO.- Se consignara el número de niños/adolescente que tuvieron un entrenamiento para controlar los daños
- 27 NIÑO ADOLESCENTE CON ENFERMEDADES ASOCIADAS.- Se considera este rubro el total de las enfermedades asociadas al niño /adolescente por grupo étnico. Solo para hospitales nacionales
- 28 TOTAL DE VISITA DOMICILIARIA.- Colocar el número de visitas domiciliarias

## BIBLIOGRAFIA

- 1 BURT.PHOT, M, "The Urban Institute , Documento preparado por la Conferencia Integral de los Adolescentes y Jóvenes de America Latina y el Caribe" 9 al 12 de Juli de 1996, " Porque Debemos Intervenir en el Adolescente Fundación W.K.Kelly , Washington, D.C. 1998, [webmaster@iui.urban.org](mailto:webmaster@iui.urban.org)
- 2 COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ, CONSEJO NACIONAL, "Consenso Nacionales de Medicina Normas y recomendaciones para el manejo del Asma." 1997,10, 14,15,23,28,3 Perú
- 3 INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL, "Protocolo del Programa de Infecciones Respiratorias Agudas en los Niños", 1998, 18-32 Perú.
- 4 INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL, "Protocolo del Programa de Enfermedades Diarreicas Agudas en los Niños", 1998, 15-32 Perú.
- 5 INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL, "Protocolo del Programa de Salud Oral", 1998, 07-38 Perú.
- 6 INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL, "Protocolo del Programa de Nutrición Infantil", 1998, 07-15 Perú.
- 7 UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, Tema: Nutrición 1998, 11,14,24, 49,50,52,72,78,80. EEUU
- 8 INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL, "Guías de practica Clinica Perinatal, 1997,143-286. Perú.
- 9 MINISTERIO DE SALUD, REGIÓN SAN MARTÍN, "Atención Integral del Niño", 1999, 30-130 Perú
- 10 MINISTERIO DE SALUD, "Procedimientos y Protocolos de Atención en SALUD INFANTIL, Puestos de Salud II" ( Técnicos de Salud), 1998, 05 - 97, Perú
- 11 MINISTERIO DE SALUD, "Manual de Decisiones Salud Infantil", 1999, 02-285, Perú.
- 12 MINISTERIO DE SALUD, "Normas de Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación." 1995, 60-130 Perú
- 13 MINISTERIO DE SALUD , "Normas Técnicas para el Manejo , Prevención y Control de la Enfermedad Diarreica Aguda y el Cólera", 1996, 13 – 56. Perú.
- 14 MINISTERIO DE SALUD, "Normas de Atención del Niño Menor de 5 años", 1999, 35-117, Perú.
- 15 MOLINA M, H; "Curso de Salud y Desarrollo del adolescente" Estrategias de Prevención de la Salud en la Adolescencia , Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Catolica De Chile, 1999 Chile
- 16 NATIONAL CLEARINGHOUSE ON FAMILIES & YOUTH, "Como apoyar a un Hijo Adolescente Sugerencias para los Padres", Julio 1997, apoyoadolesce. Htm.
- 17 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, "Atención integrada A Las Enfermedades Prevalentes de la Infancia", 2001, 15 – 154, Perú.
- 18 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, "Cuadros de Procedimientos de la Atención integrada A Las Enfermedades Prevalentes de la Infancia", 2001, 02 – 33, Perú
- 19 ZUBAREW.G, T "Supervisión de Salud del Adolescente" . Departamento de Pediatría Pontificia Universidad Católica de Chile , 1999 Chile