



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas



CUADERNO DE EJERCICIOS



Curso Clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con Enfoque de Derechos



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Canadian International
Development Agency

Agence canadienne de
développement international

Con el apoyo financiero de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional



CUADERNO DE EJERCICIOS

Curso Clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con Enfoque de Derechos



Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Curso clínico de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia con enfoque de derechos: Cuaderno de ejercicios / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas
– Lima: Ministerio de Salud; 2007.
83 p.; ilus.

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA / DERECHO A LA SALUD
/ CAPACITACIÓN / MATERIALES DE ENSEÑANZA / PROMOCIÓN DE LA SALUD / ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS / DIARREA INFANTIL / TRASTORNOS NUTRICIONALES / PERÚ

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-10185

Curso Clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con Enfoque de Derechos:
Cuaderno de Ejercicios.

© **Ministerio de Salud, octubre 2007**

Av. Salaverry N° 801 - Jesús María, Lima 11 - Perú

Teléfono: (511) 315-6600

<http://www.minsa.gob.pe>

webmaster@minsa.gob.pe

Cuarta edición, 2007

Tiraje: 1500 ejemplares

Diseño e impresión: **S I N C O**
editores

Jr. Huaraz 449 - Breña

Telf. 433 5974 / 333 2733

sincoeditores@yahoo.com

Esta publicación es la cuarta revisión y actualización del Cuaderno de Ejercicios del Curso Clínico (AIEPI), elaborado por el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas, Lima, Perú, 1997.

Alan García Pérez
Presidente de la República

Carlos Vallejos Sologuren
Ministro de Salud

José Gilmer Calderón Iberico
Viceministro de Salud

Esteban Chiotti Kaneshima
Director General de Salud de las Personas

Elsa Mantilla Portocarrero
Directora General de Promoción de la Salud

Luis Miguel León García
Director Ejecutivo de la Dirección de Atención Integral de Salud

María Beatriz Ugaz Estrada
Directora Ejecutiva de Educación para la Salud

Rosa Vilca Bengoa
Directora del Programa de Etapa de Vida Niño

Elaboración con la asistencia técnica de:

Organización Panamericana de la Salud

Miguel Dávila Dávila

Programa Derechos en Salud de CARE Perú

Marisol Vicuña Olivera

Revisión con la participación de:

Ministerio de Salud

Luis Miguel León García

Rosa Vilca Bengoa

María Beatriz Ugaz

Carlos Tirado Cabrera

Mariana Mendoza Araujo

Yeni Herrera Hurtado

Yencey Barranzuela Montoya

Walter Vílchez Dávila

María del Pilar Torres Lévano

Lucy del Carpio Ancaya

Dirección Regional de Salud Cusco

Dora Choque Saico

Wilbert Holgado Escalante

Dirección de Salud Piura

Dori Lili Martínez de García

Isabel Albina Najarro Huapaya

Hospital de Emergencias Pediátricas

Carmen Amelia Quiñones D'brot

Dirección de Salud Arequipa

Ana Cecilia Vela Rondón

Dirección de Salud de Moquegua

Gumerinda Ancalle Panchi

Dirección de Salud de Huancavelica

Nancy Aponte Quinto

Dirección de Salud de Tumbes

Néstor Linares Terán

Dirección de Salud de Callao

Magda Guiselda Hinojosa Campos

DISA III LIMA

Juan José María Pizarro Laderas

Instituto Nacional de Salud del Niño

Dante Figueroa Quintanilla

Gregorio Roberto Ruiz Merino

Carlos Luis Urbano Durand

Hospital María Auxiliadora

Hugo Hoefken Pflucker

CENAN

Mariela Contreras Rojas

Sociedad Peruana de Pediatría

Gregorio Roberto Ruiz Merino

Revisión técnica final:

Graciela Zacarías

Jensy Barranzuela

María Beatriz Ugaz

Miguel Dávila Dávila

Marisol Vicuña Olivera

Rosa Vilca Bengoa

Walter Vílchez Dávila

Contenido

PRESENTACIÓN

- Reflexionando acerca del derecho a la salud de las niñas y niños 8
- Ejercicio 1..... 8
- I. ATENCIÓN A LA NIÑA O NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD 9**
- Ejercicio 2..... 9
- La niña o el niño con tos o dificultad para respirar 11
- Ejercicio 3..... 11
- Verifique si hay signos de peligro y si tiene el niño tos o dificultad para respirar 16
- Ejercicio 4..... 16
- Ejercicio 5..... 19
- Ejercicio 6..... 20
- Cómo evaluar y clasificar a una niña o un niño con diarrea..... 23
- Ejercicio 7..... 23
- Clasificar la enfermedad de niñas o niños con signos de fiebre en un área sin riesgo de malaria..... 25
- Ejercicio 8..... 25
- Evaluar y clasificar a una niña o un niño enfermo desde el principio hasta problemas
de oído y de garganta 29
- Ejercicio 9..... 29
- Seleccionar el antibiótico, la dosis y el plan apropiados 31
- Ejercicio 10..... 31
- Observar si hay palidez palmar..... 32
- Ejercicio 11..... 32
- Observar si hay emaciación visible grave. Observar si hay edema en ambos pies 33
- Ejercicio 12..... 33
- Evaluar y clasificar a las niñas o niños enfermos desde el principio, hasta verificar si hay
desnutrición y anemia 35
- Ejercicio 13..... 37
- Decidir tratamientos para niñas o niños que no necesitan ser referidos al establecimiento
de salud de referencia urgentemente 41
- Ejercicio 14..... 41
- Decidir tratamientos urgentes previos a la referencia al establecimiento de salud de referencia 46
- Ejercicio 15..... 46
- Repasar el proceso para EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR..... 53
- Ejercicio 16..... 53
- Contenido de los consejos acerca de la alimentación 58
- Ejercicio 17 58
- Ejercicio 18..... 63
- Cómo aconsejar acerca de la alimentación usando las habilidades para comunicarse bien 63
- Ejercicio 19..... 66
- Conduciendo consultas de control por algún problema de salud en la niña o el niño
de 2 meses a 4 años de edad 66

II. ATENCIÓN A LAS NIÑAS O NIÑOS MENORES DE 2 MESES	69
Edad gestacional	69
Ejercicio 20	69
Peso y edad gestacional.....	70
Ejercicio 21.....	70
Signos de enfermedad	71
Ejercicio 22.....	71
Signos de peligro	72
Ejercicio 23	72
Tratamientos	76
Ejercicio 24.....	76
Lactancia correcta: agarre	77
Ejercicio 25.....	77
Lactancia correcta: posición	79
Ejercicio 26.....	79
Alimentación y vacunas.....	81
Ejercicio 27	81
Consulta de control.....	83
Ejercicio 28.....	83

Presentación

Estimado participante

El Curso de AIEPI Clínico se desarrolla con una modalidad educativa que presenta tres momentos:

- a. ESTUDIO AUTOFORMATIVO del *Manual del Curso*. El participante asimila reflexivamente la información ofrecida en el manual y la analiza y discute con sus compañeros del círculo de estudio.
- b. PRÁCTICAS CLÍNICAS DIARIAS en las que observan y realizan los procedimientos de atención a niñas y niños, prácticas que son asesoradas y supervisadas por su facilitador.
- c. TALLERES. Cada tarde luego de las prácticas clínicas del día, los participantes, orientados por sus facilitadores, se reúnen en el taller para realizar en grupos de estudio, las siguientes actividades prácticas:
 - La discusión de los contenidos estudiados en el manual.
 - El análisis y discusión las observaciones y prácticas realizadas.
 - La ejecución de los ejercicios siguiendo las indicaciones de su Cuaderno de Ejercicios y las brindadas por el facilitador.
 - Participación en sociodramas y demostraciones didácticas de procedimientos y otras actividades propuestas por el facilitador.
 - Análisis de información ofrecida mediante videos y fotos.

Durante el desarrollo de estos talleres los participantes plantean individualmente o en grupo, inquietudes o preguntas a su facilitador, que los atenderá oportunamente.

Los ejercicios son revisados por el facilitador durante y al concluir su ejecución, ofreciendo a los participantes realimentación inmediata acerca de sus logros y limitaciones, informándoles qué tan bien han hecho el ejercicio y cómo podrían mejorarlo.

Este *Cuaderno de Ejercicios* presenta las indicaciones correspondientes a los ejercicios propuestos a fin de asegurar una formación aplicativa, que se consolida durante las *Prácticas Clínicas Diarias*, de ese modo se integran los conocimientos teóricos, las actividades procedimentales, las actitudes y valores que conforman las competencias en formación.

Debemos recordar que durante estas actividades y especialmente al realizar los ejercicios, los participantes incorporan y asumen el respeto y cumplimientos de los derechos a la salud de las niñas y los niños.



Nota: Este dibujo significa que usted participará en una dramatización.

EJERCICIO GRUPAL 1

Reflexionando acerca del derecho a la salud de las niñas y niños

1. En este ejercicio se realizará una dramatización en la que todos los participantes asumirán un rol: Los roles serán asignados por elección voluntaria, entre los siguientes personajes.

1. Personal de salud que recibe al niño
2. Madre con niño en brazos.
3. Familiares que acompañan a la madre
4. Otras madres que están observando
5. Otros miembros del personal de salud que están cerca

2. El facilitador describe la situación que será representada:

El personal de salud recibe a una madre con un niño de tres años de edad que llega al establecimiento por tos y fiebre. El profesional de salud brinda atención al niño. La madre contesta a las preguntas que se formulan y hace lo que se le pide. Está bastante preocupada por la salud de su niño y su niño se encuentra asustado.

3. Concluida la dramatización el grupo se reúne alrededor del facilitador, para recibir sus indicaciones.

4. El grupo analizará la situación y resolverá las preguntas que se presentan a continuación.

- a) ¿Cómo fue el trato del personal de salud con el niño?
- b) ¿Cómo fue comportamiento de la madre del niño?
- c) ¿Cómo se sintió el niño durante su atención?
- d) ¿Qué derechos en salud fueron adecuadamente cumplidos?
- e) ¿Qué derechos en salud no fueron convenientemente atendidos?
- f) ¿Cómo se sintieron durante la representación de su rol?
- g) ¿Qué cambios son necesarios realizar en sus EESS para respetar los derechos de las niñas y niños?

5. Nombrar a un secretario para que tome nota de las respuestas que resulten del consenso del grupo, las que pueden escribirse en un papelote para su presentación y discusión final.

6. Las conclusiones serán insumo para incorporar el tema de derechos en salud en el Plan de Trabajo, que se formula al final del curso.

I. ATENCIÓN A LA NIÑA O NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD



Nota: Este dibujo significa que usted hará un ejercicio escrito.

EJERCICIO 2

Usando el formulario de registro

En este ejercicio usted leerá casos en los que se describen signos y síntomas de niñas o niños enfermos. Se utilizará el **formulario de registro** para anotar los signos y cómo clasificar la enfermedad. Cuando termine el ejercicio, un facilitador discutirá con usted su trabajo. El facilitador también puede contestar sus preguntas sobre la información del manual o del cuadro.

Lea el caso siguiente y conteste las preguntas.

Sarita tiene 15 meses. Pesa 8,5 kg. Tiene una temperatura de 38,5°C.

El personal de salud preguntó: «¿Qué problemas tiene la niña?» La madre le dijo: «Sarita ha estado tosiendo desde hace 4 días y no está comiendo bien.» Esta es la primera consulta de Sarita por este problema.

El personal de salud verificó si Sarita presentaba signos de peligro en general. Preguntó: «¿Puede beber o tomar el pecho?» La madre le dijo: «No. Sarita no quiere el pecho.» El personal de salud le dió un poco de agua a la niña. Esta estaba demasiado débil para levantar la cabeza. No podía beber de la taza.

Luego preguntó: «¿Está vomitando?» La madre dijo: «No». Luego le preguntó: «¿Ha tenido convulsiones?» La madre le dijo: «No».

El personal de salud observó a Sarita para ver si estaba letárgica o comatosa. Mientras aquel hablaba con la madre, Sarita los observaba y miraba alrededor de la habitación. No estaba letárgica ni comatosa.

Ahora conteste las siguientes preguntas.

Esta es la parte superior de un *formulario de registro*:

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

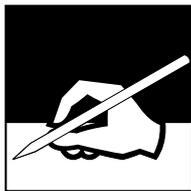
VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO VOMITA TODO	CONVULSIONES LETÁRGICO O COMATOSO	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí ___ No ___
---	--------------------------------------	--	---

- a. Escriba el nombre de Sarita, la edad, peso y temperatura en los espacios provistos en la primera línea del formulario.
- b. Escriba el problema de Sarita en la línea siguiente a la pregunta “Pregunta – ¿Qué problemas tiene la niña?”
- c. Indique con una marca (✓) si se trata de la primera consulta o de control por este problema.
- d. ¿Presenta Sarita un signo de peligro en general?. En caso afirmativo, trace un círculo alrededor del signo de peligro en general en el recuadro con la pregunta “Verifique si hay signos de peligro en general”.

En la primera línea de la columna “Clasificar”, marque (✓) “Si” o “No” después de las palabras “¿Hay un signo de peligro en general?”.



Desde el inicio involucre a la niña o niño en el proceso de la atención de acuerdo a su edad, hablele con palabras sencillas y por su nombre. No olvide que cuando somos pacientes deseamos ser tratados con mucho respeto, tacto, educación y comprensión.



EJERCICIO 3

La niña o el niño con tos o dificultad para respirar

En este ejercicio usted practicará cómo registrar los signos relacionados con tos o dificultad para respirar. También clasificará la enfermedad de la niña o el niño. Lea los casos siguientes. Anote los signos en el **formulario de registro** y clasifique la enfermedad. Para hacer este ejercicio, observe el recuadro para clasificar tos o dificultad para respirar del folleto de *Cuadros de Procedimientos* o mire el cartel.

Nota: Asegúrese de poner una marca (✓) donde dice «primera consulta», en la parte superior del formulario de registro, cada vez que haga un estudio de casos en este cuaderno.

Caso 1: Gabriel

Gabriel tiene 6 meses. Pesa 5,5 kg. Tiene una temperatura de 38⁰C. Su madre dijo que ha tenido tos por 2 días. El personal de salud verificó si había signos de peligro en general. La madre dijo que Gabriel puede tomar el pecho. No ha vomitado durante esta enfermedad. No ha tenido convulsiones. Gabriel no está letárgico ni comatoso.

El personal de salud le dijo a la madre: «Quiero examinar la tos de Gabriel. Usted dijo que hace 2 días que tiene tos. Voy a contar las respiraciones del niño. Tendrá que estar tranquilo mientras lo hago.» El personal de salud contó 58 respiraciones por minuto. No vio tiraje subcostal. No oyó estridor ni sibilancias.

a. Anote los signos de Gabriel en el formulario de registro siguiente.

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO VOMITA TODO CONVULSIONES LETÁRGICO O COMATOSO	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí ___ No ___
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días	• Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?	Sí ___ No ___

- b. Para clasificar la enfermedad de Gabriel, mire en su **cuadro de procedimientos** el recuadro de clasificación para tos o dificultad para respirar. Observe la hilera roja (la primera).

<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier signo de peligro en general, o • Estridor en reposo, o 	ENFERMEDAD MUY GRAVE	- Decida: ¿Tiene Gabriel un signo de peligro en general? Sí ___ No ___
<ul style="list-style-type: none"> • Tiraje subcostal. 	NEUMONÍA GRAVE	
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida 	NEUMONIA	- ¿Tiene tiraje subcostal o estridor cuando está tranquilo? Sí ___ No ___
<ul style="list-style-type: none"> • Ningún signo de neumonía o de enfermedad muy grave. 	NO NEUMONÍA: RESFRIADO, GRIPE O BRONQUITIS	- ¿Corresponde a la clasificación Grave : NEUMONIA GRAVE o ENFERMEDAD MUY GRAVE ? Sí ___ No ___

- c. ¿Si no está en la clasificación grave, mire la hilera amarilla (o intermedia)

¿Tiene Gabriel respiración rápida? Sí ___ No ___

- d. ¿Tiene Gabriel sibilancias? Sí ___ No ___

- e. ¿Cómo clasificaría usted la enfermedad de Gabriel? Escriba la clasificación en el *formulario de registro*.

- f. Para cada clasificación en la cara anterior del *formulario de registro*, usted debe escribir los tratamientos necesarios en la cara posterior del formulario. **Los tratamientos se encuentran en la columna “Decidir el Tratamiento” del cuadro *Evaluar y Clasificar*.** Usted debe señalar sólo los tratamientos que aplican al niño(a) específico que está siendo tratado.

Asegúrese de incluir los ítems que comienzan con las palabras “Control”. Esto quiere decir aconsejar a la madre regresar en un cierto número de días.

Tenga en cuenta que el *formulario de registro* ya contiene el ítem “Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato”. Usted no necesita escribir esto de nuevo. Necesitará enseñar a la madre los signos por los cuales debería volver inmediatamente para atención adicional de su niño(a). Usted aprenderá estos signos más adelante.

Ahora, proceda a anotar en el reverso del Formulario de Registro el listado de tratamientos que necesita Gabriel.

TRATAR

Recuerde referir todo niño(a) que presenta por lo menos un signo de peligro aunque no se encuadre en otra clasificación grave

Caso 2: Elena

Elena tiene 3 años de edad y pesa 14 kg. Desde hace 2 días tiene tos y malestar general. Su madre la trajo al servicio de salud porque la niña no quiere comer y tiene fiebre.

El personal de salud evalúa los signos de peligro y encuentra que Elena puede beber, no vomita, no ha tenido convulsiones y no está letárgica ni comatosa.

El personal de salud evalúa la tos. Cuenta 42 respiraciones por minuto. No encuentra tiraje subcostal. Cuando escucha las respiraciones encuentra que Elena tiene sibilancias. La madre dice que no es la primera vez que esto sucede. No escucha estridor y la temperatura es de 38°C.

Anote los signos de Elena en el formulario de registro que figura a continuación. Luego mire el recuadro de clasificación para tos o dificultad para respirar en el cuadro de procedimientos. Clasifique la enfermedad de la niña y escriba su respuesta en la columna clasificar.

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

<p>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</p> <p>LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO CONVULSIONES</p> <p>VOMITA TODO LETÁRGICO O COMATOSO</p>	<p>Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación</p>	<p>¿Hay algún signo de peligro en general?</p> <p>Sí ____ No ____</p>
<p>¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p> <p>• ¿Hace cuánto tiempo? _____ días</p> <p style="margin-left: 40px;">• Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto.</p> <p style="margin-left: 40px;">• ¿Respiración rápida?</p> <p style="margin-left: 40px;">• Observar si hay tiraje subcostal</p> <p style="margin-left: 40px;">• Observar y escuchar si hay estridor</p> <p style="margin-left: 40px;">• Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?</p>		
		<p style="text-align: right;">Sí ____ No ____</p>

El personal de salud trató las sibilancias de Elena con un broncodilatador de acción rápida. Reevaluó a la niña y encontró que respira a razón de 38 veces por minuto. No presenta tiraje subcostal. No escucha estridor ni sibilancias.

Complete el formulario de registro que se presenta a continuación.

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

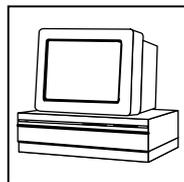
<p>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</p> <p>LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO CONVULSIONES</p> <p>VOMITA TODO LETÁRGICO O COMATOSO</p>	<p>Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación</p>	<p>¿Hay algún signo de peligro en general?</p> <p>Sí ____ No ____</p>
<p>¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p> <p>• ¿Hace cuánto tiempo? _____ días</p> <p style="margin-left: 20px;">• Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. Sí ____ No ____</p> <p style="margin-left: 20px;">• ¿Respiración rápida?</p> <p style="margin-left: 20px;">• Observar si hay tiraje subcostal</p> <p style="margin-left: 20px;">• Observar y escuchar si hay estridor</p> <p style="margin-left: 20px;">• Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?</p>		

En el reverso del Formulario de Registro anote los tratamientos que necesita Elena.

TRATAR

Recuerde referir todo niño(a) que presenta por lo menos un signo de peligro aunque no se encuadre en otra clasificación grave

Avise al facilitador cuando esté listo para discutir este ejercicio.



Nota: Un dibujo como éste significa que usted hará un ejercicio con vídeo

EJERCICIO 4

Verifique si hay signos de peligro y si tiene el niño tos o dificultad para respirar

En este tipo de ejercicio, usted verá ejemplos de signos y practicará cómo reconocerlos. También verá demostraciones de cómo evaluar a las niñas o los niños por ciertos síntomas principales. A veces verá un verdadero estudio de casos. Practicará la forma de evaluar y clasificar la enfermedad de la niña o el niño.

En este ejercicio usted practicará el reconocimiento de signos de peligro en general. También practicará cómo evaluar la tos o la dificultad para respirar.

1. Conteste la pregunta siguiente sobre cada una de las niñas o niños que muestra el vídeo, marcando con X ó √ donde corresponda:

	¿Está la niña o el niño letárgico o comatoso?	
	SI	NO
Niño 1		
Niño 2		
Niño 3		
Niño 4		

2. Conteste la pregunta siguiente sobre cada una de las niñas o niños que muestra el vídeo:

	Edad	Respiraciones en un minuto	Tiene respiración rápida?	
			SI	NO
Manuel				
Hugo				

3. Conteste la pregunta siguiente sobre las niñas o los niños que muestra el vídeo:

	¿Tiene la niña o el niño tiraje subcostal?	
	SI	NO
Maria		
Jimena		
Olga		
Ana		
Luz		

4. Conteste la pregunta siguiente sobre las niñas o los niños que muestra el video:

	¿Tiene la niña o el niño estridor?	
	SI	NO
Pedro		
Elena		
Sergio		
Hernan		

Estudio de caso con vídeo: Mire el video del caso. Anote los signos y síntomas en el *Formulario de Registro* que figura a continuación. Luego clasifique la enfermedad de la niña o el niño.

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

<p>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</p> <p>LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO VOMITA TODO</p> <p>CONVULSIONES LETÁRGICO O COMATOSO</p>	<p>Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación</p>	<p>¿Hay algún signo de peligro en general? Sí ___ No ___</p>
<p>¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p> <p>• ¿Hace cuánto tiempo? _____ días</p> <p>• Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida?</p> <p>• Observar si hay tiraje subcostal</p> <p>• Observar y escuchar si hay estridor</p> <p>• Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?</p>		<p>Sí ___ No ___</p>

En el reverso del Formulario de Registro anote la lista de tratamientos que necesita recibir la niña o el niño.

TRATAR

Recuerde referir a toda niña o todo niño que presenta por lo menos un signo de peligro, aunque no se encuadre en otra clasificación grave



Evite que las niñas y niños reciban tratamientos médicos inapropiados y que sean objeto de sufrimientos inútiles.



Nota: Un dibujo como éste significa que usted observará material gráfico.

EJERCICIO 5

Evaluando fotos de niños con diarrea

En este ejercicio usted observará fotografías de niñas o niños con diarrea e identificará los signos de deshidratación.

Parte 1:

Observe las fotografías 1 y 2 en el álbum de fotografías. Lea la explicación correspondiente a cada una:

Fotografía 1: Los ojos de este niño están hundidos

Fotografía 2: Cuando a este niño se le pellizca la piel, esta vuelve a su lugar lentamente.

Parte 2:

Estudie las fotografías de la 3 hasta la 7 inclusive. Luego escriba las respuestas a estas preguntas:

Fotografía 3: Observe los ojos del niño. ¿Están hundidos?

Fotografía 4: Observe los ojos del niño. ¿Están hundidos?

Fotografía 5: Observe los ojos del niño. ¿Están hundidos?

Fotografía 6: Observe los ojos del niño. ¿Están hundidos?

Fotografía 7: Observe esta foto del pellizco de la piel. ¿Vuelve la piel a su lugar lentamente o muy lentamente?

Quando haya identificado los signos de deshidratación en estas fotografías, discuta sus respuestas con el facilitador.

EJERCICIO 6

Clasificar y tratar a niñas o niños con diarrea

En este ejercicio usted practicará cómo clasificar y tratar a niñas o niños con diarrea. Lea estos casos. Anote los signos de la niña o el niño y clasifíquelos en el **formulario de registro**. Consulte el recuadro.

Caso 1: Maya

Maya está hoy en el servicio de salud porque desde hace 4 días tiene diarrea. Tiene 25 meses de edad. Pesa 9 kg. Tiene una temperatura de 37,0 °C. No presenta signos de peligro en general. No tiene tos ni dificultad para respirar.

El personal de salud le dijo a la madre: «Cuando Maya tiene diarrea, tiene sangre en las heces?» La madre dijo: «No» El personal de salud verificó si había signos de deshidratación. Maya no está letárgica ni comatosa. No está intranquila ni irritable. No tiene los ojos hundidos. Maya bebe ávidamente cuando se le ofrece agua. La piel pellizcada vuelve a su lugar inmediatamente.

Anote los signos de Maya en el *Formulario de Registro* y clasifíquelos. Luego anote los tratamientos que necesita.

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO CONVULSIONES VOMITA TODO LETÁRGICO O COMATOSO		Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí ____ No ____	
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?		Sí ____ No ____		
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ Días • ¿Hay sangre en las heces? _____		• Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: letárgico o comatoso? ¿Intranquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente?	Sí ____ No ____	

Caso 2: Ema

Ema tiene 3 años. Pesa 10 kg. Tiene una temperatura de 37 °C. Su madre vino hoy porque Ema tiene tos y diarrea.

La niña no presenta signos de peligro en general. El personal de salud evaluó la tos y la dificultad para respirar. Tiene tos desde hace 3 días. Le contó 36 respiraciones por minuto. No tiene tiraje subcostal ni estridor. El personal de salud escucha sibilancias. La madre dice que es la primera vez que a Ema le suena el pecho al respirar.

Cuando el personal de salud le preguntó cuánto tiempo hacía que tenía diarrea, la madre dijo: «Hace más de 2 semanas.» No hay sangre en las heces. Ema estuvo irritable durante la visita, pero no tiene los ojos hundidos. Puede beber, pero no tiene sed. La piel pellizcada vuelve a su lugar inmediatamente.



Anote los signos de Ema y clasifíquelos en el *Formulario de Registro*. A continuación del formulario anote los tratamientos que necesita la niña

FORMULARIO DE REGISTRO
ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO VOMITA TODO	CONVULSIONES LETÁRGICO O COMATOSO	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí ____ No ____
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días <ul style="list-style-type: none"> • Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente? 			Sí ____ No ____
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ Días • ¿Hay sangre en las heces? _____ <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: letárgico o comatoso? ¿Intranquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente? 			Sí ____ No ____

Caso 3: Ernesto

Ernesto tiene 10 meses. Pesa 8 kg. Tiene una temperatura de 38,5°C. Está hoy aquí porque tiene diarrea desde hace 3 días. Su madre notó que había sangre en las heces.

Ernesto no presenta signos de peligro en general. No tiene tos ni dificultad para respirar.

El personal de salud evalúa la diarrea del niño. «Usted dijo que había sangre en las heces de Ernesto. Voy a verificar ahora si hay signos de deshidratación.» El niño no está letárgico ni comatoso. No está intranquilo ni irritable. No tiene los ojos hundidos, la boca y lengua están secas. El niño bebió normalmente cuando se le ofreció un poco de agua y no parecía tener sed. La piel pellizcada volvió a su lugar inmediatamente.

Anote los signos de Ernesto y clasifíquelos en el *Formulario de Registro* siguiente. Luego anote los tratamientos que necesita.



**FORMULARIO DE REGISTRO
ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD**

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

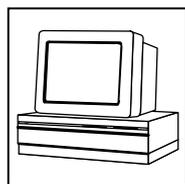
EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO CONVULSIONES VOMITA TODO LETÁRGICO O COMATOSO		Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí _____ No _____
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?		Sí _____ No _____	
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ Días • ¿Hay sangre en las heces? _____ • Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: letárgico o comatoso? ¿Intranquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente?		Sí _____ No _____	



Tratemos a las niñas y niños con respeto no como espectadores pasivos sino como ciudadanos activos de su salud. El ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos adecuados que deben recibir las niñas y niños.



EJERCICIO 7

Cómo evaluar y clasificar a una niña o un niño con diarrea

En este ejercicio con vídeo usted verá una demostración de cómo evaluar y clasificar a una niña o un niño con diarrea. Verá ejemplos de los signos y practicará cómo reconocerlos. Luego hará un estudio de caso y practicará cómo evaluar y clasificar la enfermedad de la niña o del niño.

1. Conteste la pregunta siguiente sobre las niñas o los niños que muestra el vídeo:

	¿Tiene la niña o el niño tiene los ojos hundidos?	
	SI	NO
Niño 1		
Niño 2		
Niño 3		
Niño 4		
Niño 5		

2. Conteste la pregunta siguiente sobre las niñas o los niños que muestra el vídeo:

	¿Vuelve la piel pellizcada a su lugar?		
	¿Muy lentamente?	¿Lentamente?	¿Inmediatamente?
Niño 1			
Niño 2			
Niño 3			
Niño 4			
Niño 5			

Estudio de caso con vídeo: Realice el estudio de caso y anote los signos de la niña o el niño en este *Formulario de Registro*. Luego clasifique la enfermedad.

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO VOMITA TODO	CONVULSIONES LETÁRGICO O COMATOSO	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	CLASIFICAR
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?			Sí ___ No ___
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días 	<ul style="list-style-type: none"> • Contar las respiraciones por minuto. _____ Respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente? 		¿Hay algún signo de peligro en general? Sí ___ No ___
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA?			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • ¿Hay sangre en las heces? _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: Sí ___ No ___ letárgico o comatoso? ¿Intranhilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente? 		¿Hay algún signo de peligro en general? Sí ___ No ___

A continuación del formulario liste los tratamientos que necesita recibir la niña o el niño.

Al final del ejercicio con videocinta, habrá una discusión de grupo.

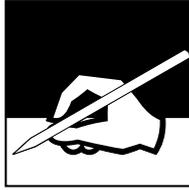


Recuerde a la madre o familiar que su niña o niño tiene derecho a:

- *Recibir tratamiento oportuno y gratuito en el establecimiento de salud y, cuando lo requiera, ser referido a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.*
- *Recibir información sobre la salud y el tratamiento de su niña o niño.*
- *Recibir atención sobre su crecimiento y desarrollo o controles de niña o niño sano.*
- *A recibir un trato respetuoso y comprensivo.*
- *A formar parte y gozar de los beneficios del aseguramiento público en salud.*

Así mismo recuérdale que como madre debe cumplir con:

- *Seguir el tratamiento indicado por el personal de salud.*
- *Llevar a la niña o niño en forma oportuna al establecimiento de salud sea porque está enfermo o para sus vacunas o al control de crecimiento y desarrollo.*



EJERCICIO 8

Clasificar la enfermedad de niñas o niños con signos de fiebre en un área sin riesgo de malaria

En este ejercicio, usted va a clasificar la enfermedad de niñas o niños con signos de fiebre en un área sin riesgo de malaria y, de haberlo, con signos que indican enfermedad febril eruptiva. Lea los datos de los casos siguientes. Anote los signos de cada niña o niño, sus clasificaciones y tratamientos en un **formulario de registro**. A continuación anote en el reverso del formulario los tratamientos que se necesitan. Es muy importante que consulte el cuadro de procedimientos.

Caso 1: Doris

Doris tiene 12 meses y pesa 7,2 kg. Tiene una temperatura axilar de 36,5°C. Su madre la llevó hoy al servicio de salud porque la siente caliente. Doris no presenta signos de peligro en general. No tiene tos ni dificultad para respirar. Cuando se le preguntó sobre la diarrea, la madre dijo: «Sí, tiene diarrea desde hace 2 o 3 días». No ha visto nada de sangre en las heces. No ha estado letárgica ni comatosa, no tiene los ojos hundidos, bebe normalmente y la piel pellizcada vuelve a su lugar inmediatamente.

El personal de salud dijo: «Usted trajo a Doris porque está calenturienta. Voy a ver si tiene fiebre». La madre dijo que Doris se sentía caliente desde hacía 2 días. No tenía rigidez de nuca, ni coriza, ni erupción generalizada. No había ninguna otra causa de fiebre.

Caso 2: Benjamín

Benjamín tiene 24 meses. Pesa 9,5 kg. Tiene una temperatura axilar de 39°C. La madre dice que no estaba comiendo bien últimamente y está preocupada por él.

El personal de salud verificó si había signos de peligro en general. Benjamín puede beber, no está vomitando, no ha tenido convulsiones y no está letárgico ni comatoso. No tiene tos y no tiene diarrea.

El personal de salud le preguntó a la madre si pensaba que Benjamín tenía fiebre. Dijo que desde hacía 2 días lo sentía afiebrado. Tiene rigidez de nuca y no tiene coriza. No tiene erupción.



La identificación, diagnóstico y tratamiento oportuno y apropiado de los casos de enfermedad altamente transmisibles como la malaria, bartonelosis o dengue, es la clave para evitar complicación su propagación en la población. En general, la presencia y resistencia de estas enfermedades en las niñas y niños está indicando que las medidas de prevención y promoción a nivel de la población son inadecuados.

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

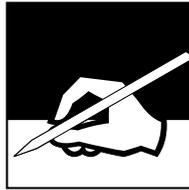
PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO VOMITA TODO	CONVULSIONES LETÁRGICO O COMATOSO	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí ____ No ____
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. Sí ____ No ____ ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?			
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • ¿Hay sangre en las heces? _____ • Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: Sí ____ No ____ letárgico o comatoso? ¿Intranquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente?			
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO FIEBRE? (determinada por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si tiene una temperatura de 37.5°C o más) Sí ____ No ____ Determinar el riesgo de Malaria: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Gota gruesa _____ Frotis _____ Determinar el riesgo de Bartonelosis: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Determinar el riesgo de Dengue: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Si hace más de 7 días, • ¿ha tenido fiebre todos los días? • Observar y palpar para determinar si tiene rigidez de nuca Determinar si la niña o niño tiene signos de ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Erupción cutánea generalizada Si tiene ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Determinar si erupción es máculo papular, no vesicular • Determinar si tiene uno de los signos siguientes: tos o coriza u ojos enrojecidos			
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO UN PROBLEMA DE OÍDO? Sí ____ No ____ • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración del oído? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? _____ días • Determinar si hay supuración del oído • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja • Observar si el tímpano está rojo o inmóvil			
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO PROBLEMA DE GARGANTA? Sí ____ No ____ • ¿Tiene dolor de garganta? • Observar si hay exudados blancos en garganta • Observar si la garganta está eritematosa • Palpar si hay ganglios de cuello crecidos y dolorosos			
EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA • Determinar si hay signos de emaciación visible grave • Determinar si tiene palidez palmar ¿Es intensa? ¿Es leve? • Verificar si hay edema en ambos pies • Determinar el peso para la edad: <-2DE _____ Entre -2DE y +2DE _____ >+2DE _____ • Determinar la ganancia de peso: ↗ → ↓			
VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO Marcar con un círculo las vacunas que se le aplicaran hoy <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> BCG HVB Penta 1 Penta 2 Penta 3 Antisarampionosa Antiamarílica </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center; margin-top: 5px;"> VOP 1 VOP 2 VOP 3 Refuerzo DPT Refuerzo SPR </div>			Volver para la próxima vacuna el: _____ (Fecha)
EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO SI ESTÁ ANÉMICO O SI TIENE DESNUTRICIÓN o si tiene menos de 2 años de edad • ¿Usted le da el pecho a la niña o niño? Sí ____ No ____ Si le da el pecho. ¿Cuántas veces le da durante el día? _____ Veces ¿Le da pecho durante la noche? Sí ____ No ____ • ¿Come ya la niña o niño? Sí ____ No ____ Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué comió el día de ayer en la mañana, mediodía y la noche? _____ _____ ¿Cuántas veces por día? _____ Veces ¿Qué usa para dar de comer la niña o niño? _____ ¿Usa biberón? _____ Si el peso es muy bajo para la edad: ¿de que tamaño son las porciones que le da? _____ ¿La niña o niño come su propia ración? _____ ¿Quién le da de comer la niña o niño y cómo? _____ • Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño? Sí ____ No ____ Si lo hubo. ¿Cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente? _____			
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:			
RECUERDE	Involucre a la niña o el niño en el proceso de atención (anamnesis y examen médico) con un lenguaje apropiado a su edad y cultura.		





EJERCICIO 9

Evaluar y clasificar a una niña o un niño enfermo desde el principio hasta problemas de oído y de garganta

En estos dos estudios de casos se describen dos niñas con problemas de oído y garganta. Anote los signos de cada niña y sus clasificaciones en la parte del **formulario de registro** correspondiente al problema de oído y al problema de garganta. A continuación, anote los tratamientos que necesitan. Consulte el cuadro de procedimientos para que le ayude a clasificar los signos y a escoger los tratamientos.

Caso 1: Ada

Ada tiene 18 meses. Pesa 9 kg. Tiene una temperatura de 37°C. La madre dijo que tenía supuración que salía del oído desde hacía 3 días.

Ada no presenta signos de peligro en general. No tiene tos ni dificultad para respirar. No tiene diarrea ni fiebre.

El personal de salud preguntó acerca del problema de oído de Ada. La madre dijo que Ada no tenía dolor de oído, pero que había tenido supuración del oído por 3 ó 4 días. El personal de salud vio que salía pus del oído derecho de la niña, y no fue necesario el uso del otoscopio. Cuando la palpó no sintió que hubiera tumefacción dolorosa detrás de las orejas.

Anote los signos del problema de oído de Ada y clasifíquelos en el *Formulario de Registro*, luego anote los tratamientos necesarios.

¿TIENE LA NIÑA O NIÑO UN PROBLEMA DE OÍDO?		Sí___ No ___
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración del oído? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? ___ días	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay supuración del oído • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja • Observar si el tímpano está rojo o inmóvil 	

Caso 2: Lida

Lida tiene 18 meses, pesa 9 Kg. Tiene una temperatura de 37°C La madre dijo que Lida se queja de dolor de garganta desde hace tres días.

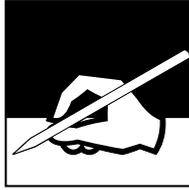
Lida no presenta signos de peligro en general. Tiene tos pero no dificultad para respirar. No tiene diarrea ni fiebre. El personal de salud pregunta acerca del dolor de garganta de Lida. La madre dijo que se quejaba del dolor de garganta, pero que podía beber o ingerir otros alimentos blandos. El personal de salud observó que la garganta de Lida estaba eritematosa, pero no había presencia de exudado ni ganglios linfáticos crecidos en el cuello.

Anote los signos que acompañan al dolor de garganta de Lida y clasifíquelos en el *formulario de registro*. Luego anote los tratamientos necesarios.

¿TIENE LA NIÑA O NIÑO PROBLEMA DE GARGANTA?		Sí__ No__
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dolor de garganta? 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay exudados blancos en garganta • Observar si la garganta está eritematosa • Palpar si hay ganglios de cuello crecidos y dolorosos 	



La Otitis Media Aguda puede llegar a afectar muy seriamente la salud de la niña o el niño. ¿Cuáles pueden ser las consecuencias de no diagnosticar y/o no tratar en forma adecuada y oportuna este problema? Discuta en grupo, cuáles derechos de las niñas y niños pueden ser vulnerados.



EJERCICIO 10

Seleccionar el antibiótico, la dosis y el plan apropiados

En este ejercicio practicarás dar el antibiótico oral apropiado. Use su **cuadro de procedimientos TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO**. Seleccione el antibiótico de administración correcto y escriba la dosis y el plan de tratamiento para cada uno de los casos que se describen a continuación.

Presuma que ésta es la primera vez que cada niña o niño recibe tratamiento para su enfermedad y que ninguna niña o ningún niño tiene signos de otra clasificación. Escriba su respuesta en el espacio en blanco.

1. Una niña de 6 meses de edad (7Kg) necesita un antibiótico para la MASTOIDITIS.
2. Un niño (10Kg) necesita la primera dosis de un antibiótico para la NEUMONIA GRAVE o una ENFERMEDAD MUY GRAVE.
3. Una niña de 2 años de edad (11Kg) necesita un antibiótico para la NEUMONIA o una OTITIS MEDIA AGUDA
4. Un niño (16 Kg) necesita un antibiótico para DISENTERIA.
5. Un niña (5Kg) necesita un antibiótico para DISENTERIA Y OTITIS MEDIA AGUDA.
6. Un niño de 36 meses de edad (15 kg) necesita un antibiótico para NEUMONIA y DESHIDRATACIÓN CON SHOCK porque hay cólera en la zona.

Compruebe sus respuestas con un facilitador cuando haya terminado este ejercicio.



EJERCICIO 11

Observar si hay palidez palmar

En este ejercicio usted mirará el álbum de fotografías y practicará cómo reconocer a las niñas o los niños con palidez palmar.

Primera parte:

Estudie las fotografías numeradas del 38 al 40b inclusive. Lea la explicación al pie de cada fotografía.

Fotografía 38 : La piel de este niño es normal. No hay palidez palmar.

Fotografía 39a : Las manos que se ven en esta fotografía pertenecen a dos niños distintos. El niño que aparece a la izquierda tiene palidez palmar leve.

Fotografía 39b : El niño que aparece a la derecha no tiene palidez palmar.

Fotografía 40a : Las manos que se ven en esta fotografía pertenecen a dos niños distintos. El niño que aparece a la izquierda no tiene palidez palmar.

Fotografía 40b : El niño que aparece a la derecha tiene palidez palmar intensa.

Segunda parte:

Ahora mire las fotografías numeradas del 41 al 46 inclusive. Indique con una marca (✓) si el niño de cada fotografía tiene palidez palmar intensa, leve o nada de palidez. Utilice la hoja de respuestas de la página siguiente.

	¿Tiene la niña o el niño?		
	¿Palidez intensa?	¿Palidez leve?	¿Nada de palidez?
Fotografía 41			
Fotografía 42			
Fotografía 43			
Fotografía 44			
Fotografía 45			
Fotografía 46			

Avisé a su facilitador cuando esté listo para discutir las respuestas dadas en este ejercicio.



EJERCICIO 12

Observar si hay emaciación visible grave. Observar si hay edema en ambos pies

En este ejercicio usted mirará fotografías del álbum y practicará cómo reconocer los signos de emaciación grave y de edema en niños con desnutrición.

Primera parte:

Ahora estudie las fotografías numeradas del 47 al 50 inclusive.

Fotografía 47 : Este es un ejemplo de marasmo. El niño tiene caderas pequeñas y piernas delgadas en relación con el abdomen. Note que aún hay grasa en la mejilla de la cara del niño.

Fotografía 48 : Este es el mismo niño de la fotografía 47 que muestra pérdida de grasa de las nalgas.

Fotografía 49 : Este es el mismo niño de la fotografía 47 que muestra pliegues de la piel («pantalones anchos») a raíz de la pérdida de grasa de las nalgas. No todos los niños con marasmo presentan este signo. Se trata de un signo extremo.

Fotografía 50 : Este niño tiene edema.

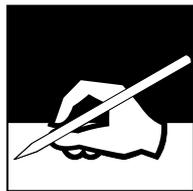
Segunda parte:

Ahora mire las fotografías numeradas del 51 al 58 inclusive. Indique con una marca (✓) si el niño de cada fotografía tiene marasmo. También mire la fotografía 59 e indique con una marca si el niño tiene o no edema. Utilice para ello la hoja de la página siguiente.

Segunda parte (continuación):

	¿Tiene la niña o el niño emaciación visible grave?	
	SI	NO
Fotografía 51		
Fotografía 52		
Fotografía 53		
Fotografía 54		
Fotografía 55		
Fotografía 56		
Fotografía 57		
Fotografía 58		
	¿Tiene la niña o el niño edema?	
	SI	NO

Avisé a su facilitador cuando esté listo para discutir las respuestas dadas en este ejercicio.



EJERCICIO 13

Evaluar y clasificar a las niñas o niños enfermos desde el principio, hasta verificar si hay desnutrición y anemia

Lea los casos siguientes. Anote los signos del niño y sus clasificaciones en el **formulario de registro**. A continuación anote en el reverso del formulario los tratamientos que necesita. Consulte los recuadros del cuadro de procedimientos.

Caso 1: Felipe

Felipe tiene 11 meses, Pesa 8 kg. Tiene una temperatura de 37°C. La madre dice que en las últimas 3 semanas el niño ha estado teniendo tos seca.

Felipe no presenta signos de peligro en general. El personal de salud evaluó la tos. La ha tenido por 7 días. Contó 60 respiraciones por minuto. El personal de salud ve tiraje subcostal. No hay estridor cuando el niño está tranquilo, ni se escuchan sibilancias.

Felipe no tiene diarrea. No ha tenido fiebre durante la enfermedad. No tiene un problema de oído ni de garganta.

El personal de salud verificó si Felipe tenía desnutrición y anemia. Felipe no presenta emaciación visible grave. Las palmas de las manos están muy pálidas y parecen casi blancas. No hay edema en los pies. El personal de salud determinó el peso de Felipe para su edad. (Mire el cuadro de peso por edad en los cuadros de procedimientos y determine el peso de Felipe para su edad.)

Anote los signos de Felipe y sus clasificaciones en el *formulario de registro*. En el reverso anote los tratamientos.

Caso 2: Nicolás

Nicolás tiene 9 meses. Pesa 5 kg. Tiene una temperatura de 36,8°C. Hoy está en el servicio de salud porque a sus padres les preocupa la diarrea del niño.

No hay signos de peligro en general. No tiene tos ni dificultad para respirar.

El padre dijo que Nicolás tuvo diarrea durante 5 días. No han visto nada de sangre en las heces. Nicolás no está intranquilo ni irritable. No está letárgico ni comatoso. No tiene los ojos hundidos, ni la boca seca. Tiene sed y está ansioso por tomar el agua que se le ofrece. La piel pellizcada vuelve a su lugar lentamente.

El niño no tiene fiebre. No tiene ningún problema de oído ni de garganta.

Luego el personal de salud verificó si había signos de desnutrición y anemia. El niño no tiene emaciación visible grave. No presenta palidez palmar. No tiene edema en los pies. El personal de salud determinó el peso de Nicolás para su edad.

Anote los signos de Nicolás y clasifíquelos en el *Formulario de Registro*. Al reverso anote los tratamientos que necesita recibir Nicolás.



Una niña o niño viviendo con desnutrición es la consecuencia de varios factores, entre ellos destacan el limitado acceso a alimentos nutritivos, las prácticas inadecuadas de alimentación en el hogar, inadecuada educación de la madre, servicios de salud deficientes y, políticas sociales poco efectivas.

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO CONVULSIONES VOMITA TODO LETÁRGICO O COMATOSO	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí ____ No ____
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?	Sí ____ No ____	
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ Días • ¿Hay sangre en las heces? _____ • Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: letárgico o comatoso? ¿Intranquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente?	Sí ____ No ____	
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO FIEBRE? (determinada por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si tiene una temperatura de 37.5 °C o más) Determinar el riesgo de malaria: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Gota gruesa _____ Frotis _____ Determinar el riesgo de Bartonelosis: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Determinar el riesgo de Dengue: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Si hace más de 7 días, ¿ha tenido fiebre todos los días? • Observar y palpar para determinar si tiene rigidez de nuca • Determinar si la niña o niño tiene signos de ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Erupción cutánea generalizada	Sí ____ No ____	
Si tiene ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA	• Determinar si erupción es máculo papular, no vesicular • Determinar si tiene uno de los signos siguientes: tos o coriza u ojos enrojecidos	
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO UN PROBLEMA DE OÍDO? • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración del oído? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? _____ días	• Determinar si hay supuración del oído • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja • Observar si el tímpano está rojo o inmóvil	Sí ____ No ____
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO PROBLEMA DE GARGANTA? • ¿Tiene dolor de garganta?	• Observar si hay exudados blancos en garganta • Observar si la garganta está eritematosa • Palpar si hay ganglios de cuello crecidos y dolorosos	Sí ____ No ____
EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA		
• Determinar si hay signos de emaciación visible grave • Determinar si tiene palidez palmar ¿Es intensa? ¿Es leve? • Verificar si hay edema en ambos pies • Determinar el peso para la edad: <-2DE _____ Entre -2DE y +2DE _____ >+2DE _____ • Determinar la ganancia de peso: ↗ → ↓		
VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO Marcar con un círculo las vacunas que se le aplicaran hoy		Volver para la próxima vacuna el: _____ (Fecha)
_____ BCG	_____ HVB	_____ Penta 1
_____ Penta 2	_____ Penta 3	_____ Antisarampionosa
_____ Antiamarílica	_____ Refuerzo DPT	_____ Refuerzo SPR
_____ VOP 1	_____ VOP 2	_____ VOP 3

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO CONVULSIONES VOMITA TODO LETÁRGICO O COMATOSO	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí ____ No ____
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?	Sí ____ No ____	
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ Días • ¿Hay sangre en las heces? _____ • Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: letárgico o comatoso? ¿Intranquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente?	Sí ____ No ____	
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO FIEBRE? (determinada por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si tiene una temperatura de 37.5 °C o más) Determinar el riesgo de malaria: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Gota gruesa _____ Frotis _____ Determinar el riesgo de Bartonelosis: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Determinar el riesgo de Dengue: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Si hace más de 7 días, ¿ha tenido fiebre todos los días? • Observar y palpar para determinar si tiene rigidez de nuca • Determinar si la niña o niño tiene signos de ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Erupción cutánea generalizada	Sí ____ No ____	
Si tiene ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA	• Determinar si erupción es máculo papular, no vesicular • Determinar si tiene uno de los signos siguientes: tos o coriza u ojos enrojecidos	
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO UN PROBLEMA DE OÍDO? • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración del oído? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? _____ días • Determinar si hay supuración del oído • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja • Observar si el tímpano está rojo o inmóvil	Sí ____ No ____	
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO PROBLEMA DE GARGANTA? • ¿Tiene dolor de garganta?	• Observar si hay exudados blancos en garganta • Observar si la garganta está eritematosa • Palpar si hay ganglios de cuello crecidos y dolorosos	Sí ____ No ____
EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA		
• Determinar si hay signos de emaciación visible grave • Determinar si tiene palidez palmar ¿Es intensa? ¿Es leve? • Verificar si hay edema en ambos pies • Determinar el peso para la edad: <-2DE _____ Entre -2DE y +2DE _____ >+2DE _____ • Determinar la ganancia de peso: ↗ → ↓		
VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO Marcar con un círculo las vacunas que se le aplicaran hoy		Volver para la próxima vacuna el: _____ (Fecha)
_____ BCG	_____ HVB	_____ Penta 1
_____ Penta 2	_____ Penta 3	_____ Antisarampionosa
_____ Antiamarílica	_____ Refuerzo DPT	_____ Refuerzo SPR
_____ VOP 1	_____ VOP 2	_____ VOP 3



EJERCICIO 14

Decidir tratamientos para niñas o niños que no necesitan ser referidos al establecimiento de salud de referencia urgentemente

En este ejercicio usted decidirá los tratamientos para las niñas o los niños que no necesitan referirse urgentemente al hospital. Para los 2 primeros casos, leerá la descripción del caso y luego hará una lista breve de los tratamientos requeridos en el espacio provisto. Para los 2 casos siguientes, llenará un **formulario de registro**. Consulte la columna «Decidir el tratamiento» del cuadro *Evaluar y Clasificar* al hacer la lista de los tratamientos que se necesitan.

- Ester** tiene 15 meses. La niña no presenta signos de peligro en general. Tiene:
NEUMONÍA
NO TIENE DESNUTRICION NI ANEMIA
ninguna otra clasificación
Ester ha recibido la BCG y 3 dosis de PENTAVALENTE y VOP
 - ¿Qué tratamientos se necesitan para la NEUMONÍA de Ester?
 - Mire la columna «Decidir el tratamiento» para NO TIENE DESNUTRICION NI ANEMIA. ¿Necesita Ester que se le evalúe la alimentación? Porque?
 - ¿Qué vacunas necesita hoy?
 - ¿Cuál es la fecha más temprana que puede fijarse para la consulta de control?
- Guillermo** tiene 2 años. No presenta signos de peligro en general. Tiene:
Diarrea con DESHIDRATACIÓN
DISENTERÍA
PROBABLE MALARIA (área con riesgo de malaria, 37,5° C de fiebre en el servicio de salud, fiebre desde hace 2 días)
NO TIENE DESNUTRICION NI RIESGO NUTRICIONAL NI ANEMIA
ninguna otra clasificación.
Guillermo ha completado la serie de vacunas.
 - ¿Qué tratamientos se necesitan para la DESHIDRATACIÓN?
 - ¿Qué tratamientos se necesitan para la DISENTERÍA?
 - ¿Qué tratamientos se necesitan para la PROBABLE MALARIA?
 - Mire la columna «Decidir el tratamiento» para NO TIENE DESNUTRICION, NI RIESGO NUTRICIONAL, NI ANEMIA. ¿Necesita Guillermo que se le evalúe la alimentación? Porque?
 - ¿Cuál es la fecha más temprana que se puede fijar para la consulta de control?
- A continuación se presentan los *Formularios de Registro* de Jaime y Silvia. Estudie el anverso de cada formulario, luego doble la hoja y anote sobre el reverso las clasificaciones y la lista de tratamientos.

Nota: Silvia nunca ha recibido una dosis de Mebendazol.

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Nombre: Jaime Fecha: _____ Edad: 3 años Peso: 15 Kg Temperatura: 38.5 °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? Dolor de oído ¿1ra Consulta? ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO CONVULSIONES VOMITA TODO LETÁRGICO O COMATOSO	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/>
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? <u>3</u> días • Contar las respiraciones por minuto. <u>44</u> respiraciones por minuto. Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____ • <u>Respiración rápida?</u> • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?		Neumonía
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • ¿Hay sangre en las heces? _____ • Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/> • letárgico o comatoso? ¿Intrínquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior • ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente?		
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO FIEBRE? (determinada por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si tiene una temperatura de <u>37.5°C</u> o más) Determinar el riesgo de Malaria: <u>Sin Riesgo</u> Con Riesgo _____ Gota gruesa _____ Frotis _____ Determinar el riesgo de Bartonelosis: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Determinar el riesgo de Dengue: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ • ¿Hace cuánto tiempo? <u>2</u> días • Si hace más de 7 días, • ¿ha tenido fiebre todos los días? • Observar y palpar para determinar si tiene rigidez de nuca • Determinar si la niña o niño tiene signos de ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Erupción cutánea generalizada	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____	Enfermedad Febril
Si tiene ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Determinar si erupción es máculo papular, no vesicular • Determinar si tiene uno de los signos siguientes: tos o coriza u ojos enrojecidos		
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO UN PROBLEMA DE OÍDO? • <u>¿Tiene dolor de oído?</u> • <u>¿Tiene supuración del oído?</u> En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? <u>4</u> días • Determinar si hay <u>supuración del oído</u> • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja • Observar si el tímpano está rojo o inmóvil	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____	Otitis Media Aguda
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO PROBLEMA DE GARGANTA? • ¿Tiene dolor de garganta? • Observar si hay exudados blancos en garganta • Observar si la garganta está eritematosa • Palpar si hay ganglios de cuello crecidos y dolorosos	Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/>	
EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA • Determinar si hay signos de emaciación visible grave • Determinar si tiene palidez palmar ¿Es intensa? ¿Es leve? • Verificar si hay edema en ambos pies • Determinar el peso para la edad: <-2DE _____ Entre -2DE y +2DE <input checked="" type="checkbox"/> >+2DE _____ • Determinar la ganancia de peso: ↗ → ↓		
VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO Marcar con un círculo las vacunas que se le aplicaran hoy <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> <div><input checked="" type="checkbox"/> BCG</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> HVB</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Penta 1</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Penta 2</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Penta 3</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Antisarampionosa</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Antiamarílica</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center; margin-top: 5px;"> <div><input checked="" type="checkbox"/> VOP 1</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> VOP 2</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> VOP 3</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Refuerzo DPT</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Refuerzo SPR</div> </div>		
Volver para la próxima vacuna el: _____ (Fecha)		
EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO SI ESTÁ ANÉMICO O SI TIENE DESNUTRICIÓN o si tiene menos de 2 años de edad • ¿Usted le da el pecho a la niña o niño? Sí _____ No _____ Si le da el pecho. ¿Cuántas veces le da durante el día? _____ Veces ¿Le da pecho durante la noche? Sí _____ No _____ • ¿Come ya la niña o niño? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué comió el día de ayer en la mañana, mediodía y la noche? _____ _____ ¿Cuántas veces por día? _____ Veces ¿Qué usa para dar de comer la niña o niño? _____ ¿Usa biberón? _____ Si el peso es muy bajo para la edad: ¿de que tamaño son las porciones que le da? _____ ¿La niña o niño come su propia ración? _____ ¿Quién le da de comer la niña o niño y cómo? _____ • Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño? Sí _____ No _____ Si lo hubo. ¿Cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente? _____		
Problemas de alimentación		
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:		
RECUERDE	Involucra a la niña o el niño en el proceso de atención (anamnesis y examen médico) con un lenguaje apropiado a su edad y cultura.	

FORMULARIO DE REGISTRO

ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

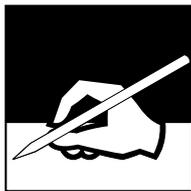
Nombre: Silvia Fecha: _____ Edad: 2 años Peso: 10 Kg Temperatura: 38 °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? Fiebre ¿1ra Consulta? ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO CONVULSIONES VOMITA TODO LETÁRGICO O COMATOSO	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/>														
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?																
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • ¿Hay sangre en las heces? _____	• Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/> letárgico o comatoso? ¿Intranquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente?															
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO FIEBRE? (determinada por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si tiene una temperatura de <u>37.5°C o más</u>) Determinar el riesgo de Malaria: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Gota gruesa Positiva Frotis Falciparum Determinar el riesgo de Bartonelosis: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Determinar el riesgo de Dengue: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Si hace más de 7 días, • ¿ha tenido fiebre todos los días? • Observar y palpar para determinar si tiene rigidez de nuca • Determinar si la niña o niño tiene signos de ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Erupción cutánea generalizada		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____ Malaria														
Si tiene ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA	• Determinar si erupción es máculo papular, no vesicular • Determinar si tiene uno de los signos siguientes: tos o coriza u ojos enrojecidos															
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO UN PROBLEMA DE OÍDO? • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración del oído? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? _____ días	• Determinar si hay supuración del oído • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja • Observar si el tímpano está rojo o inmóvil	Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/>														
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO PROBLEMA DE GARGANTA? • ¿Tiene dolor de garganta?	• Observar si hay exudados blancos en garganta • Observar si la garganta está eritematosa • Palpar si hay ganglios de cuello crecidos y dolorosos	Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/>														
EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA • Determinar si hay signos de emaciación visible grave • Determinar si tiene palidez palmar ¿Es intensa? ¿Es leve? • Verificar si hay edema en ambos pies • Determinar el peso para la edad: <-2DE _____ Entre -2DE y +2DE <input checked="" type="checkbox"/> >+2DE _____ • Determinar la ganancia de peso: ↗ → ↓		Anemia														
VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO Marcar con un círculo las vacunas que se le aplicaran hoy <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> BCG</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> HVB</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Penta 1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Penta 2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Penta 3</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Antisarampionosa</td> <td><input type="checkbox"/> Antiamarílica</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP 1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP 2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP 3</td> <td><input type="checkbox"/> Refuerzo DPT</td> <td><input type="checkbox"/> Refuerzo SPR</td> </tr> </table>		<input checked="" type="checkbox"/> BCG	<input checked="" type="checkbox"/> HVB	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 1	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 2	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 3	<input checked="" type="checkbox"/> Antisarampionosa	<input type="checkbox"/> Antiamarílica			<input checked="" type="checkbox"/> VOP 1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP 2	<input checked="" type="checkbox"/> VOP 3	<input type="checkbox"/> Refuerzo DPT	<input type="checkbox"/> Refuerzo SPR	Volver para la próxima vacuna el: _____ (Fecha)
<input checked="" type="checkbox"/> BCG	<input checked="" type="checkbox"/> HVB	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 1	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 2	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 3	<input checked="" type="checkbox"/> Antisarampionosa	<input type="checkbox"/> Antiamarílica										
		<input checked="" type="checkbox"/> VOP 1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP 2	<input checked="" type="checkbox"/> VOP 3	<input type="checkbox"/> Refuerzo DPT	<input type="checkbox"/> Refuerzo SPR										
EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO SI ESTÁ ANÉMICO O SI TIENE DESNUTRICIÓN o si tiene menos de 2 años de edad • ¿Usted le da el pecho a la niña o niño? Sí _____ No _____ Si le da el pecho. ¿Cuántas veces le da durante el día? _____ Veces ¿Le da pecho durante la noche? Sí _____ No _____ • ¿Come ya la niña o niño? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué comió el día de ayer en la mañana, mediodía y la noche? _____ _____ ¿Cuántas veces por día? _____ Veces ¿Qué usa para dar de comer la niña o niño? _____ ¿Usa biberón? _____ Si el peso es muy bajo para la edad: ¿de que tamaño son las porciones que le da? _____ ¿La niña o niño come su propia ración? _____ ¿Quién le da de comer la niña o niño y cómo? _____ • Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño? Sí _____ No _____ Si lo hubo. ¿Cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente? _____		Problemas de alimentación														
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:																
RECUERDE	Involucre a la niña o el niño en el proceso de atención (anamnesis y examen médico) con un lenguaje apropiado a su edad y cultura.															



EJERCICIO 15

Decidir tratamientos urgentes previos a la referencia al establecimiento de salud de referencia

En este ejercicio usted practicará como reconocer los tratamientos urgentes previos al referir al hospital. Recuerde que estos tratamientos están en **negrita** en el *Cuadro Evaluar y Clasificar*.

1. **Eloisa** es una niña de 15 meses. No presenta signos de peligro en general. Esta clasificada como:

NO TIENE NEUMONÍA: RESFRIADO, GRIPE O BRONQUITIS

MASTOIDITIS, Y

NO HAY ANEMIA NI DESNUTRICION NI RIESGO NUTRICIONAL

No tiene otra clasificación

Eloisa necesita ser referida de urgencia al hospital por tener **MASTOIDITIS**. La siguiente es una lista de tratamientos para todas las clasificaciones de Eloisa. Indique con una marca el o los tratamientos urgentes previos al referir al hospital:

- a. Suavizar la garganta y aliviar la tos con un remedio inocuo.
- b. Aconsejar a la madre cuando regresar inmediatamente.
- c. Volverla a ver en 5 días si no mejora.
- d. Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado.
- e. Dar la primera dosis de Paracetamol para el dolor.
- f. Referirla **URGENTEMENTE** al establecimiento de salud de referencia.
- g. Evaluar la alimentación de la niña y aconsejar a la madre sobre la alimentación. Si hay problema de alimentación, volverla a ver en 5 días.

2. **Vilma** es una niña de 18 meses. No presenta signos de peligro en general. Tiene diarrea. Esta clasificada como:

SIN DESHIDRATACION

DIARREA PERSISTENTE

MARASMO O KWASHIORKOR O ANEMIA GRAVE, Y

Ninguna otra clasificación.

Vilma necesita ser referida de urgencia al hospital por tener MARASMO O KWASHIORKOR O ANEMIA GRAVE. A continuación se presenta una lista de tratamientos para todas las clasificaciones de Vilma. Indique con una marca **el o los tratamientos urgentes previos al referir al hospital:**

- a. _____ Dar líquidos y alimentos para prevenir la deshidratación (Plan A).
- b. _____ Aconsejar a la madre cuando regresar inmediatamente.
- c. _____ Aconsejar a la madre sobre la manera de alimentar a un niño(a) que tiene diarrea persistente.
- d. _____ Volverla a ver en 5 días.
- e. _____ Dar vitamina "A".
- f. _____ Referirla URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia.

3. **Gustavo** es un niño de 2 años. Está letárgico. Vive en un área con riesgo de Malaria y tiene 39°C de fiebre. El personal de salud clasifica a Gustavo como:

ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE, y OTITIS MEDIA CRONICA

Tiene palidez palmar leve, de modo que se clasifica como ANEMIA, aunque no tiene desnutrición. Nunca ha recibido una dosis de mebendazol.

Gustavo necesita ser referido al hospital por tener ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE. A continuación se presenta una lista de tratamientos para todas las clasificaciones de Gustavo. Indique con una marca **el o los tratamientos urgentes previos a la referencia al hospital.**

- a. _____ Dar Artemedina o Quinina para la malaria grave (primera dosis).
- b. _____ Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado.
- c. _____ Tratar al niño(a) para prevenir la hipoglicemia.
- d. _____ Tratar la fiebre alta (37.5°C o más).
- e. _____ Referirlo URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia.
- f. _____ Secar el oído por medio de mechas.
- g. _____ Volver a verlo en 5 días.
- h. _____ Evaluar la alimentación del niño(a) y aconsejar a la madre sobre alimentación. Si hay problema alimentario volverlo a ver en 5 días.
- i. _____ Dar Hierro.
- j. _____ Dar antimalárico por vía oral
- k. _____ Dar Mebendazol.
- l. _____ Aconsejar a la madre cuando volver inmediatamente.
- m. _____ Volver a verlo en 14 días por palidez. Recuerde el tratamiento con hierro es por 6 meses

4. **Ivonne** tiene 4 años. Se la clasifica como diarrea acompañada de DESHIDRATACION CON SHOCK y MARASMO O KWASHIORKOR O ANEMIA GRAVE. No tiene ninguna otra clasificación. Puede beber. Vive en una zona donde hay Cólera.

Ivonne necesita ser referida al hospital por tener clasificaciones graves. Indique con una marca los tratamientos urgentes previos a su referencia al hospital:

- a. _____ Suministrar SRO para que la madre le de en sorbos frecuentes en el trayecto al hospital.
 - b. _____ Administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado para el Cólera.
 - c. _____ Dar vitamina "A".
 - d. _____ Referirlo URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia.
5. **Lisette** es una niña de 9 meses. No presenta signos de peligro. Tiene NEUMONÍA GRAVE O EMG y esta clasificada además como ENFERMEDAD FEBRIL (área sin riesgo de malaria, 38.5 °C de fiebre). Tiene fiebre hace dos días. Además se ha clasificado como NO TIENE DESNUTRICION NI ANEMIA y no tiene otra clasificación.

Lisette necesita ser referida de urgencia a un establecimiento de salud de mayor complejidad por tener NEUMONÍA GRAVE O EMG. A continuación se presenta una lista de tratamientos para todas las clasificaciones de Lisette. Indique con una marca **el o los tratamientos urgentes previos a la referencia al establecimiento de salud de mayor complejidad**:

- a. _____ Administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado.
- b. _____ Referirla URGENTEMENTE al establecimiento de salud de mayor complejidad.
- c. _____ Tratar la fiebre alta.
- d. _____ Aconsejar a la madre cuando volver inmediatamente.
- e. _____ Volver a verla en dos días si persiste la fiebre.
- f. _____ Evaluar la alimentación de la niña y aconsejar a la madre sobre alimentación. Si hay problema alimentario volverlo a ver en 5 días.

Estudie los siguientes *Formularios de Registro* para Ramón y Claudio. En el reverso de cada formulario, escriba **sólo los tratamientos urgentes previos a referir al establecimiento de salud de mayor complejidad**. Estos tratamientos aparecen en negrita en el cuadro *Evaluar y Clasificar*.

Cuando haya terminado este ejercicio, discuta sus respuestas con un facilitador.

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

Nombre: Ramón Edad: 15 m Peso: 9 Kg Temperatura: 39 °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? Muy enfermo - erupción ¿1ra Consulta? ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO CONVULSIONES VOMITA TODO LETÁRGICO O COMATOSO	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/>														
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? <u>4</u> días • Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____ • <u>Respiración rápida?</u> • Observar si hay <u>tiraje subcostal</u> • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?		Neumonía Grave														
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • ¿Hay sangre en las heces? _____ • Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/> letárgico o comatoso? ¿Intranquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente?																
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO FIEBRE? (determinada por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si tiene una temperatura de <u>37.5°C o más</u>) Determinar el riesgo de Malaria: <u>Sin Riesgo</u> Con Riesgo _____ Gota gruesa _____ Frotis _____ Determinar el riesgo de Bartonelosis: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Determinar el riesgo de Dengue: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ • ¿Hace cuánto tiempo? <u>2</u> días • Si hace más de 7 días, • ¿ha tenido fiebre todos los días? <u>Erupción cutánea generalizada</u> Determinar si la niña o niño tiene signos de ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA		Enfermedad Febril Eruptiva														
Si tiene ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Determinar si erupción es máculo papular, no vesicular • Determinar si tiene uno de los signos siguientes: <u>tos</u> coriza <u>Ojos enrojecidos</u>		Probable sarampión														
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO UN PROBLEMA DE OÍDO? • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración del oído? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? _____ días • Determinar si hay supuración del oído • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja • Observar si el tímpano está rojo o inmóvil																
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO PROBLEMA DE GARGANTA? • ¿Tiene dolor de garganta? • Observar si hay exudados blancos en garganta • Observar si la garganta está eritematosa • Palpar si hay ganglios de cuello crecidos y dolorosos																
EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA • Determinar si hay signos de emaciación visible grave • Determinar si tiene palidez palmar ¿Es intensa? ¿Es leve? • Verificar si hay edema en ambos pies • Determinar el peso para la edad: <-2DE _____ Entre -2DE y +2DE <input checked="" type="checkbox"/> >+2DE _____ • Determinar la ganancia de peso: ↗ → ↓		No tiene Desnutrición ni Riesgo Nutricional ni Anemia														
VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO Marcar con un círculo las vacunas que se le aplicaran hoy <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> BCG</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> HVB</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Penta 1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Penta 2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Penta 3</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Antisarampión</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Antiamarilla</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP 1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP 2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP 3</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Refuerzo DPT</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Refuerzo SPR</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> BCG	<input checked="" type="checkbox"/> HVB	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 1	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 2	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 3	<input checked="" type="checkbox"/> Antisarampión	<input checked="" type="checkbox"/> Antiamarilla			<input checked="" type="checkbox"/> VOP 1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP 2	<input checked="" type="checkbox"/> VOP 3	<input checked="" type="checkbox"/> Refuerzo DPT	<input checked="" type="checkbox"/> Refuerzo SPR		Volver para la próxima vacuna el: _____ (Fecha)
<input checked="" type="checkbox"/> BCG	<input checked="" type="checkbox"/> HVB	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 1	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 2	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 3	<input checked="" type="checkbox"/> Antisarampión	<input checked="" type="checkbox"/> Antiamarilla										
		<input checked="" type="checkbox"/> VOP 1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP 2	<input checked="" type="checkbox"/> VOP 3	<input checked="" type="checkbox"/> Refuerzo DPT	<input checked="" type="checkbox"/> Refuerzo SPR										
EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO SI ESTÁ ANÉMICO O SI TIENE DESNUTRICIÓN o si tiene menos de 2 años de edad • ¿Usted le da el pecho a la niña o niño? Sí _____ No _____ Si le da el pecho. ¿Cuántas veces le da durante el día? _____ Veces ¿Le da pecho durante la noche? Sí _____ No _____ • ¿Come ya la niña o niño? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué comió el día de ayer en la mañana, mediodía y la noche? _____ _____ ¿Cuántas veces por día? _____ Veces ¿Qué usa para dar de comer la niña o niño? _____ ¿Usa biberón? _____ Si el peso es muy bajo para la edad: ¿de que tamaño son las porciones que le da? _____ ¿La niña o niño come su propia ración? _____ ¿Quién le da de comer la niña o niño y cómo? _____ • Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño? Sí _____ No _____ Si lo hubo, ¿Cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente? _____		Problemas de alimentación														
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:																
RECUERDE	Involucre a la niña o el niño en el proceso de atención (anamnesis y examen médico) con un lenguaje apropiado a su edad y cultura.															

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

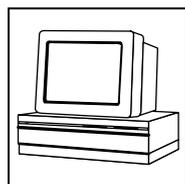
Nombre: Claudio Edad: 12 m Peso: 10 Kg Temperatura: 38 °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? Tos muy débil ¿1ra Consulta? ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO VOMITA TODO	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____														
CONVULSIONES LETÁRGICO O COMATOSO																
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? <u>6</u> días • Contar las respiraciones por minuto. <u>30</u> respiraciones por minuto. Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____ ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?		Enfermedad muy grave														
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • ¿Hay sangre en las heces? _____ • Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____ letárgico o comatoso? ¿Intranquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente?		Diarrea con Deshidratación grave														
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO FIEBRE? (determinada por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si tiene una temperatura de <u>37.5°C o más</u>) Determinar el riesgo de Malaria: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Gota gruesa _____ Frotis _____ Determinar el riesgo de Bartonelosis: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Determinar el riesgo de Dengue: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Positiva Falciparum • ¿Hace cuánto tiempo? <u>2</u> días • Si hace más de 7 días, ¿ha tenido fiebre todos los días? • Observar y palpar para determinar si tiene rigidez de nuca • Determinar si la niña o niño tiene signos de ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Erupción cutánea generalizada		Enfermedad febril muy grave														
Si tiene ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Determinar si erupción es máculo papular, no vesicular • Determinar si tiene uno de los signos siguientes: tos o coriza u ojos enrojecidos																
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO UN PROBLEMA DE OÍDO? • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración del oído? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? _____ días • Determinar si hay supuración del oído • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja • Observar si el tímpano está rojo o inmóvil		Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/>														
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO PROBLEMA DE GARGANTA? • ¿Tiene dolor de garganta? • Observar si hay exudados blancos en garganta • Observar si la garganta está eritematosa • Palpar si hay ganglios de cuello crecidos y dolorosos		Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/>														
EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA • Determinar si hay signos de emaciación visible grave • Determinar si tiene palidez palmar ¿Es intensa? ¿Es leve? • Verificar si hay edema en ambos pies • Determinar el peso para la edad: <-2DE _____ Entre -2DE y +2DE <input checked="" type="checkbox"/> >+2DE _____ • Determinar la ganancia de peso: ↗ → ↓		No tiene Desnutrición ni Riesgo Nutricional ni Anemia														
VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO Marcar con un círculo las vacunas que se le aplicaran hoy <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> BCG</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> HVB</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Penta 1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Penta 2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Penta 3</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Antisarampionosa</td> <td><input type="checkbox"/> Antiamarílica</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP 1</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP 2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> VOP 3</td> <td><input type="checkbox"/> Refuerzo DPT</td> <td><input type="checkbox"/> Refuerzo SPR</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> BCG	<input checked="" type="checkbox"/> HVB	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 1	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 2	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 3	<input checked="" type="checkbox"/> Antisarampionosa	<input type="checkbox"/> Antiamarílica			<input checked="" type="checkbox"/> VOP 1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP 2	<input checked="" type="checkbox"/> VOP 3	<input type="checkbox"/> Refuerzo DPT	<input type="checkbox"/> Refuerzo SPR		Volver para la próxima vacuna el: _____ (Fecha)
<input checked="" type="checkbox"/> BCG	<input checked="" type="checkbox"/> HVB	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 1	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 2	<input checked="" type="checkbox"/> Penta 3	<input checked="" type="checkbox"/> Antisarampionosa	<input type="checkbox"/> Antiamarílica										
		<input checked="" type="checkbox"/> VOP 1	<input checked="" type="checkbox"/> VOP 2	<input checked="" type="checkbox"/> VOP 3	<input type="checkbox"/> Refuerzo DPT	<input type="checkbox"/> Refuerzo SPR										
EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO SI ESTÁ ANÉMICO O SI TIENE DESNUTRICIÓN o si tiene menos de 2 años de edad • ¿Usted le da el pecho a la niña o niño? Sí _____ No _____ Si le da el pecho. ¿Cuántas veces le da durante el día? _____ Veces ¿Le da pecho durante la noche? Sí _____ No _____ • ¿Come ya la niña o niño? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué comió el día de ayer en la mañana, mediodía y la noche? _____ _____ ¿Cuántas veces por día? _____ Veces ¿Qué usa para dar de comer la niña o niño? _____ ¿Usa biberón? _____ Si el peso es muy bajo para la edad: ¿de que tamaño son las porciones que le da? _____ ¿La niña o niño come su propia ración? _____ ¿Quién le da de comer la niña o niño y cómo? _____ • Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño? Sí _____ No _____ Si lo hubo, ¿Cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente? _____		Problemas de alimentación														
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:																
RECUERDE	Involucre a la niña o el niño en el proceso de atención (anamnesis y examen médico) con un lenguaje apropiado a su edad y cultura.															



EJERCICIO 16

Repasar el proceso para *EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR*

En este ejercicio con vídeo usted verá dos estudios de casos. Anote los signos y clasificaciones del niño en un **formulario de registro**. A continuación, en el reverso del formulario anote los tratamientos que necesitan.

Asegúrese de cada participante tenga los FORMULARIOS DE REGISTRO correspondientes

Al final de este ejercicio con vídeo habrá una discusión de grupo.

FORMULARIO DE REGISTRO

ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO CONVULSIONES VOMITA TODO LETÁRGICO O COMATOSO	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí _____ No _____
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. Sí _____ No _____ ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?		
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • ¿Hay sangre en las heces? _____ • Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: Sí _____ No _____ letárgico o comatoso? ¿Intranquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente?		
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO FIEBRE? (determinada por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si tiene una temperatura de 37.5°C o más) Sí _____ No _____ Determinar el riesgo de Malaria: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Gota gruesa _____ Frotis _____ Determinar el riesgo de Bartonelosis: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Determinar el riesgo de Dengue: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Si hace más de 7 días, ¿ha tenido fiebre todos los días? • Observar y palpar para determinar si tiene rigidez de nuca • Determinar si la niña o niño tiene signos de ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Erupción cutánea generalizada		
Si tiene ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Determinar si erupción es máculo papular, no vesicular • Determinar si tiene uno de los signos siguientes: tos o coriza u ojos enrojecidos		
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO UN PROBLEMA DE OÍDO? • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración del oído? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? _____ días • Determinar si hay supuración del oído Sí _____ No _____ • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja • Observar si el tímpano está rojo o inmóvil		
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO PROBLEMA DE GARGANTA? • ¿Tiene dolor de garganta? • Observar si hay exudados blancos en garganta • Observar si la garganta está eritematosa • Palpar si hay ganglios de cuello crecidos y dolorosos		
EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA • Determinar si hay signos de emaciación visible grave • Determinar si tiene palidez palmar ¿Es intensa? ¿Es leve? • Verificar si hay edema en ambos pies • Determinar el peso para la edad: <-2DE _____ Entre -2DE y +2DE _____ >+2DE _____ • Determinar la ganancia de peso: ↗ → ↓		
VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO Marcar con un círculo las vacunas que se le aplicaran hoy <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> <div>BCG</div> <div>HVB</div> <div>Penta 1</div> <div>Penta 2</div> <div>Penta 3</div> <div>Antisarampionosa</div> <div>Antiamarílica</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center; margin-top: 5px;"> <div>VOP 1</div> <div>VOP 2</div> <div>VOP 3</div> <div>Refuerzo DPT</div> <div>Refuerzo SPR</div> </div>		
Volver para la próxima vacuna el: _____ (Fecha)		
EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO SI ESTÁ ANÉMICO O SI TIENE DESNUTRICIÓN o si tiene menos de 2 años de edad • ¿Usted le da el pecho a la niña o niño? Sí _____ No _____ Si le da el pecho. ¿Cuántas veces le da durante el día? _____ Veces ¿Le da pecho durante la noche? Sí _____ No _____ • ¿Come ya la niña o niño? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué comió el día de ayer en la mañana, mediodía y la noche? _____ _____ ¿Cuántas veces por día? _____ Veces ¿Qué usa para dar de comer la niña o niño? _____ ¿Usa biberón? _____ Si el peso es muy bajo para la edad: ¿de que tamaño son las porciones que le da? _____ ¿La niña o niño come su propia ración? _____ ¿Quién le da de comer la niña o niño y cómo? _____ • Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño? Sí _____ No _____ Si lo hubo, ¿Cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente? _____		
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:		
RECUERDE	Involucre a la niña o el niño en el proceso de atención (anamnesis y examen médico) con un lenguaje apropiado a su edad y cultura.	

FORMULARIO DE REGISTRO ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____

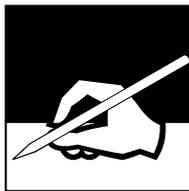
Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? _____ ¿1ra Consulta? _____ ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO VOMITA TODO	CONVULSIONES LETÁRGICO O COMATOSO	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	Sí ___ No ___	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí ___ No ___
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días <ul style="list-style-type: none"> • Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. Sí ___ No ___ • ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente? 				
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • ¿Hay sangre en las heces? _____ <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: Sí ___ No ___ • letárgico o comatoso? ¿Intranquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior • ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente? 				
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO FIEBRE? (determinada por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si tiene una temperatura de 37.5°C o más) Sí ___ No ___ Determinar el riesgo de Malaria: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Gota gruesa _____ Frotis _____ Determinar el riesgo de Bartonelosis: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Determinar el riesgo de Dengue: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Si hace más de 7 días, • ¿ha tenido fiebre todos los días? • Observar y palpar para determinar si tiene rigidez de nuca • Determinar si la niña o niño tiene signos de ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Erupción cutánea generalizada				
Si tiene ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si erupción es máculo papular, no vesicular • Determinar si tiene uno de los signos siguientes: tos o coriza u ojos enrojecidos 				
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO UN PROBLEMA DE OÍDO? • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración del oído? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? _____ días <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay supuración del oído Sí ___ No ___ • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja • Observar si el tímpano está rojo o inmóvil 				
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO PROBLEMA DE GARGANTA? • ¿Tiene dolor de garganta? <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay exudados blancos en garganta • Observar si la garganta está eritematosa • Palpar si hay ganglios de cuello crecidos y dolorosos Sí ___ No ___				
EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay signos de emaciación visible grave • Determinar si tiene palidez palmar ¿Es intensa? ¿Es leve? • Verificar si hay edema en ambos pies • Determinar el peso para la edad: <-2DE _____ Entre -2DE y +2DE _____ >+2DE _____ • Determinar la ganancia de peso: ↗ → ↓ 				
VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO Marcar con un círculo las vacunas que se le aplicaran hoy <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> <div>BCG</div> <div>HVB</div> <div>Penta 1</div> <div>Penta 2</div> <div>Penta 3</div> <div>Antisarampionosa</div> <div>Antiamarílica</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center; margin-top: 5px;"> <div>VOP 1</div> <div>VOP 2</div> <div>VOP 3</div> <div>Refuerzo DPT</div> <div>Refuerzo SPR</div> </div>				Volver para la próxima vacuna el: _____ (Fecha)
EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO SI ESTÁ ANÉMICO O SI TIENE DESNUTRICIÓN o si tiene menos de 2 años de edad <ul style="list-style-type: none"> • ¿Usted le da el pecho a la niña o niño? Sí ___ No ___ Si le da el pecho. ¿Cuántas veces le da durante el día? _____ Veces • ¿Le da pecho durante la noche? Sí ___ No ___ • ¿Come ya la niña o niño? Sí ___ No ___ Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué comió el día de ayer en la mañana, mediodía y la noche? _____ _____ • ¿Cuántas veces por día? _____ Veces • ¿Qué usa para dar de comer la niña o niño? _____ ¿Usa biberón? _____ Si el peso es muy bajo para la edad: ¿de qué tamaño son las porciones que le da? _____ • ¿La niña o niño come su propia ración? _____ ¿Quién le da de comer la niña o niño y cómo? _____ • Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño? Sí ___ No ___ Si lo hubo. ¿Cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente? _____ 				Problemas de alimentación
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:				
RECUERDE	Involucra a la niña o el niño en el proceso de atención (anamnesis y examen médico) con un lenguaje apropiado a su edad y cultura.			



EJERCICIO 17

Contenido de los consejos acerca de la alimentación

En este ejercicio usted determinará los problemas de alimentación y los consejos pertinentes para los casos presentados por escrito. Ninguno de esos casos necesita referirse al hospital. El personal de salud ha hecho las preguntas que se requieren para evaluar la alimentación. Lea la información sobre la alimentación en el **formulario de registro**. Luego, describa las prácticas de alimentación correctas y los problemas de alimentación y dé los consejos pertinentes.

1. El niño tiene 2 meses y se le clasifica como un niño SIN ANEMIA NI RIESGO NUTRICIONAL NI DESNUTRICION. La madre le ha comenzado a dar leche de vaca y piensa en dejar de amamantarlo pronto. Cree que el niño puede aumentar más de peso al darle leche de vaca en lugar de leche materna.

Describa brevemente los problemas de alimentación en el recuadro de la derecha del formulario.

<p>EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO SI ESTÁ ANÉMICO O SI TIENE DESNUTRICIÓN o si tiene menos de 2 años de edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Usted le da el pecho a la niña o niño? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si le da el pecho. ¿Cuántas veces le da durante el día? <u>5</u> Veces ¿Le da pecho durante la noche? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • ¿Come ya la niña o niño? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué comió el día de ayer en la mañana, mediodía y la noche? Leche de vaca _____ <p>¿Cuantas veces por día? <u>2</u> veces ¿Qué usa para dar de comer la niña o niño? _____ ¿Usa biberón? Si Si el peso es muy bajo para la edad: ¿de que tamaño son las porciones que le da? _____ ¿La niña o niño come su propia ración? _____ ¿Quién le da de comer la niña o niño y cómo? <input checked="" type="checkbox"/> • Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si lo hubo. ¿Cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente? _____</p>	Problemas de alimentación
---	---------------------------

¿Qué hace esta madre correctamente para alimentar a su hijo?

¿Qué consejo se le debe dar acerca de la alimentación?

2. El niño tiene 15 meses y DESNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL O ANEMIA. Comparte un plato con 3 hermanos y a veces no come mucho.

Describa brevemente los problemas de alimentación del niño en el recuadro de la derecha del formulario.

<p>EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO SI ESTÁ ANÉMICO O SI TIENE DESNUTRICIÓN o si tiene menos de 2 años de edad</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Usted le da el pecho a la niña o niño? Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/> Si le da el pecho. ¿Cuántas veces le da durante el día? _____ Veces ¿Le da pecho durante la noche? Sí _____ No _____ ¿Come ya la niña o niño? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____ <p>Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué comió el día de ayer en la mañana, mediodía y la noche? Alimentos de la familia, arroz y caldos</p> <hr/> <p>¿Cuantas veces por día? _____ veces usa plato _____ ¿Usa biberón? No _____</p> <p>¿Qué usa para dar de comer la niña o niño? _____ ¿Usa biberón? _____</p> <p>Si el peso es muy bajo para la edad: ¿de que tamaño son las porciones que le da? _____</p> <p>¿La niña o niño come su propia ración? _____ ¿Quién le da de comer la niña o niño y cómo? <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño? Sí _____ No _____ Si lo hubo. ¿Cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente? _____ 	Problemas de alimentación
---	---------------------------

¿Qué hace esta madre correctamente para alimentar a su hijo?

¿Qué consejo se le debe dar acerca de la alimentación?

3. El niño tiene 2 años y presenta ANEMIA. Tiene palidez palmar, pero su peso no es muy bajo para la edad. Tiene DIARREA PERSISTENTE, SIN DESHIDRATACIÓN.

Describe brevemente los problemas de alimentación del niño en el recuadro de la derecha del formulario.

<p>EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO SI ESTÁ ANÉMICO O SI TIENE DESNUTRICIÓN o si tiene menos de 2 años de edad</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Usted le da el pecho a la niña o niño? Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/> Si le da el pecho. ¿Cuántas veces le da durante el día? _____ Veces ¿Le da pecho durante la noche? Sí _____ No _____ ¿Come ya la niña o niño? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____ <p>Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué comió el día de ayer en la mañana, mediodía y la noche? Lecha de vaca, tres comidas de la familia: arroz y sopa</p> <hr/> <p>¿Cuantas veces por día? 2 veces Plato y cuchara _____ ¿Usa biberón? No _____</p> <p>¿Qué usa para dar de comer la niña o niño? _____ ¿Usa biberón? _____</p> <p>Si el peso es muy bajo para la edad: ¿de que tamaño son las porciones que le da? _____</p> <p>¿La niña o niño come su propia ración? _____ ¿Quién le da de comer la niña o niño y cómo? <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño? Sí _____ No _____ Si lo hubo. ¿Cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente? _____ 	Problemas de alimentación
--	---------------------------

¿Qué hace esta madre correctamente para alimentar a su hijo?

¿Qué consejo se le debe dar acerca de la alimentación?

4. Un niño de 11 meses se clasifica como un niño DESNUTRICION LEVE Y SIN ANEMIA. Es amamantado casi siempre, pero normalmente toma también otros líquidos y papillas aguadas de cereal dos veces al día. No usa biberón. Durante la enfermedad, la madre ha suprimido las papillas de cereal y le ha dado más leche materna. La madre cree que antes de cumplir 1

año los niños no necesitan otros alimentos fuera de la leche materna. La familia dispone de alimentos como leche fresca, pan sin levadura, arroz, aceite de cocina, verduras, frutas y, a veces, pescado y huevos.

El Formulario de Registro para el niño(a) enfermo correspondiente a este caso se presenta en la página siguiente. Describa brevemente sus problemas de alimentación en el recuadro apropiado del anverso del formulario.

Luego doble el borde del formulario y escriba los consejos pertinentes en el reverso de la página.

Cuando haya terminado este ejercicio, discuta sus respuestas con un facilitador.

FORMULARIO DE REGISTRO

ATENCIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Nombre: Fernando Fecha: _____ Edad: 11 m Peso: 7 Kg Temperatura: 38.5 °C

PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene la niña o niño? Problema de oído ¿1ra Consulta? ¿Consulta de Control? _____

EVALUAR: Encerrar en un círculo todos los signos presentes:

CLASIFICAR

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL	Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo de peligro en general? Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/>
LA NIÑA O NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO CONVULSIONES VOMITA TODO LETÁRGICO O COMATOSO		
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Contar las respiraciones por minuto. _____ respiraciones por minuto. Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal • Observar y escuchar si hay estridor • Observar y escuchar si hay sibilancias. ¿Primer episodio? ¿Recurrente?		
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO DIARREA? • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • ¿Hay sangre en las heces? _____ • Determinar el estado general de la niña o niño. ¿La niña o niño está: Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/> letárgico o comatoso? ¿Intranquilo o irritable? • Determinar si tiene los ojos hinchados • Determinar si la boca y lengua están secas • Ofrecer líquidos a la niña o niño. ¿La niña o niño no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente?		
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO FIEBRE? (determinada por interrogatorio, si se nota al tocarlo o si tiene una temperatura de <u>37.5°C o más</u>) Determinar el riesgo de Malaria: <u>Sin Riesgo</u> _____ Con Riesgo _____ Gota gruesa _____ Frotis _____ Determinar el riesgo de Bartonelosis: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ Determinar el riesgo de Dengue: Sin Riesgo _____ Con Riesgo _____ • ¿Hace cuánto tiempo? _____ días • Si hace más de 7 días, ¿ha tenido fiebre todos los días? <u>2</u> • Observar y palpar para determinar si tiene rigidez de nuca • Determinar si la niña o niño tiene signos de ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Erupción cutánea generalizada	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____	Enfermedad febril
Si tiene ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA • Determinar si erupción es máculo papular, no vesicular • Determinar si tiene uno de los signos siguientes: tos o coriza u ojos enrojecidos		
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO UN PROBLEMA DE OÍDO? • ¿Tiene <u>dolor de oído</u> ? • ¿Tiene <u>supuración del oído</u> ? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? <u>5</u> días • Determinar si hay <u>supuración del oído</u> • Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja • Observar si el tímpano está rojo o inmóvil	Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/>	Otitis Media Aguda
¿TIENE LA NIÑA O NIÑO PROBLEMA DE GARGANTA? • ¿Tiene dolor de garganta? • Observar si hay exudados blancos en garganta • Observar si la garganta está eritematosa • Palpar si hay ganglios de cuello crecidos y dolorosos	Sí _____ No <input checked="" type="checkbox"/>	
EN SEGUIDA, VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA • Determinar si hay signos de emaciación visible grave • Determinar si tiene palidez palmar ¿Es intensa? ¿Es leve? • Verificar si hay edema en ambos pies • Determinar el peso para la edad: <-2DE <input checked="" type="checkbox"/> Entre -2DE y +2DE _____ >+2DE _____ • Determinar la ganancia de peso: <u>↗ → ↓</u>		Desnutrición no Anemia
VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO Marcar con un círculo las vacunas que se le aplicaran hoy <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> <div><input checked="" type="checkbox"/> BCG</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> HVB</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Penta 1</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Penta 2</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Penta 3</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> <u>Antisarampionosa</u></div> <div>Antiamarílica</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center; margin-top: 5px;"> <div><input checked="" type="checkbox"/> VOP 1</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> VOP 2</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> VOP 3</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Refuerzo DPT</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Refuerzo SPR</div> </div>		Volver para la próxima vacuna el: _____ (Fecha)
EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO SI ESTÁ ANÉMICO O SI TIENE DESNUTRICIÓN o si tiene menos de 2 años de edad • ¿Usted le da el pecho a la niña o niño? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____ Si le da el pecho. ¿Cuántas veces le da durante el día? <u>6</u> Veces ¿Le da pecho durante la noche? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____ • ¿Come ya la niña o niño? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____ Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué comió el día de ayer en la mañana, mediodía y la noche? <u>Toma líquidos y papillas de cereal aguadas. 2 veces al día</u> ¿Cuántas veces por día? <u>2</u> Veces ¿Qué usa para dar de comer la niña o niño? <u>Cuchara</u> ¿Usa biberón? <u>No</u> Si el peso es muy bajo para la edad: ¿de que tamaño son las porciones que le da? _____ ¿La niña o niño come su propia ración? _____ ¿Quién le da de comer la niña o niño y cómo? _____ • Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _____ Si lo hubo. ¿Cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente? <u>Suprimió papilla de cereal. Aumentó cantidad de Leche Materna</u>		Problemas de alimentación
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:		
RECUERDE	Involucre a la niña o el niño en el proceso de atención (anamnesis y examen médico) con un lenguaje apropiado a su edad y cultura.	



EJERCICIO 18

Cómo aconsejar acerca de la alimentación usando las habilidades para comunicarse bien

En este ejercicio habrá dos dramatizaciones de la evaluación de la alimentación y de los consejos al respecto.

PERSONAL DE SALUD: Haga las preguntas que aparecen en el **formulario de registro** para evaluar la alimentación. Determine y registre los problemas de alimentación. Registre los consejos dados acerca de la alimentación. Luego aconseje a la madre acerca de la alimentación, empleando buenas técnicas de comunicación. Use la sección de ALIMENTOS de la *tarjeta para la madre*. Refiérase al cuadro de *Aconsejar* cuando lo necesite.

MADRE: Trate de comportarse como lo haría una verdadera madre. Por ejemplo, es posible que usted sea tímida o esté confundida, preocupada o nerviosa de dejar el servicio de salud. Usted recibirá una tarjeta con detalles sobre la alimentación para la edad de la niña o el niño y sugerencias sobre la actitud de la madre.

OBSERVADORES: Observen la dramatización y registren información en el formulario que se les ha entregado. Estén preparados para responder las preguntas del módulo.

Dramatización 1

Jorge es un niño de 7 meses con tos y coriza. No presenta signos generales de peligro y se le ha clasificado como un niño SIN NEUMONÍA; CON RESFRIADO, GRIPE O BRONQUITIS, SIN ANEMIA NI DESNUTRICION MODERADA O GRAVE. No tiene otras clasificaciones. Se ha enseñado a la madre a suavizar la garganta y calmar la tos. En la dramatización el personal de salud evaluará la alimentación y aconsejará a la madre al respecto.

<p>EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO SI ESTÁ ANÉMICO O SI TIENE DESNUTRICIÓN o si tiene menos de 2 años de edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Usted le da el pecho a la niña o niño? Sí _____ No _____ Si le da el pecho. ¿Cuántas veces le da durante el día? _____ Veces ¿Le da pecho durante la noche? Sí _____ No _____ • ¿Come ya la niña o niño? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué comió el día de ayer en la mañana, mediodía y la noche? _____ _____ ¿Cuántas veces por día? _____ veces ¿Qué usa para dar de comer la niña o niño? _____ ¿Usa biberón? _____ Si el peso es muy bajo para la edad: ¿de que tamaño son las porciones que le da? _____ ¿La niña o niño come su propia ración? _____ ¿Quién le da de comer la niña o niño y cómo? _____ • Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño? Sí _____ No _____ Si lo hubo. ¿Cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente? _____ 	Problemas de alimentación
---	---------------------------

Dar orientación sobre alimentación: _____

Después de la dramatización usted discutirá las siguientes preguntas:

- a. ¿Hizo el personal de salud todas las preguntas necesarias para evaluar la alimentación de Jorge? ¿Terminó el personal de salud la evaluación de la alimentación antes de determinar los problemas correspondientes y aconsejar al respecto?

- b. ¿Qué problemas de alimentación encontró el personal de salud?

- c. ¿Elogió debidamente el personal de salud a la madre por algo que había hecho?

- d. ¿Dio el personal de salud consejos pertinentes para la situación de este niño?

¿Se dio algún consejo que **no** fuera pertinente? De ser así, ¿qué consejo?

- e. ¿Era correcto y completo el consejo para la edad del niño y los problemas determinados?

- f. ¿Empleó lenguaje claro y sencillo el personal de salud?

- g. ¿Qué preguntas de verificación se hicieron? ¿Fueron buenas preguntas de verificación? Si las respuestas fueron incompletas o incorrectas, ¿aclaró el personal de salud los consejos dados?

- h. ¿El personal se refirió a Jorge por su nombre en todo momento?, ¿llamó por su nombre a la madre?, ¿le dio un trato horizontal y cálido?.

Dramatización 2

Javier es un niño de 15 meses sin signos generales de peligro, con diarrea SIN DESHIDRATACIÓN, DIARREA PERSISTENTE y PESO MUY BAJO (sin palidez). Javier no tiene otras clasificaciones. Su madre ha aprendido a darle líquidos en el Plan A para tratar la diarrea. En la dramatización, el personal de salud evaluará la alimentación y aconsejará a la madre al respecto.

Dar orientación sobre alimentación: _____

Después de la dramatización, usted discutirá las siguientes preguntas:

- a. ¿Hizo el personal de salud todas las preguntas necesarias para evaluar la alimentación de Javier? ¿Terminó el personal de salud la evaluación de la alimentación antes de determinar los problemas correspondientes y aconsejar al respecto?

- b. ¿Qué problemas de alimentación encontró el personal de salud?

- c. ¿Elogió debidamente el personal de salud a la madre por algo que ella había hecho?

- d. ¿Dio el personal de salud consejos pertinentes para la situación de este niño?

¿Se dio algún consejo que **no** fuera pertinente? De ser así, ¿qué consejo?

- e. ¿Fue el consejo correcto y completo para la edad del niño y los problemas determinados?

- f. ¿Usó el personal de salud un lenguaje claro y sencillo?

- g. ¿Qué preguntas de verificación se hicieron? ¿Fueron buenas preguntas de verificación? Si las respuestas fueron incompletas o incorrectas, ¿aclaró el personal de salud los consejos?

- h. ¿El personal se refirió a Javier por su nombre en todo momento?, ¿llamó por su nombre a la madre?, ¿le dio un trato horizontal y cálido?.



EJERCICIO 19

Conduciendo consultas de control por algún problema de salud en la niña o el niño de 2 meses a 4 años de edad

Lea lo referente a cada niña o niño que acudió al servicio de salud para una consulta de control. Luego conteste las preguntas acerca de cómo trataría usted a cada niña o niño. Consulte todos los cuadros de procedimientos sobre el tratamiento de casos que necesita.

- ▶ En este servicio de salud se dispone de Amoxicilina (antibiótico de primera línea) y jarabe de Cotrimoxazol para niños (antibiótico de segunda línea) por la neumonía.
- ▶ Este servicio de salud refiere al establecimiento de salud de referencia a los niños(as) con deshidratación grave porque el personal de salud no puede administrar terapia IV ni por SNG. Un establecimiento de salud de referencia cercano puede administrar terapia IV.
- ▶ Para la disentería, Cotrimoxazol es el antibiótico de primera línea. Furazolidona es el antibiótico de segunda línea.
- ▶ En este servicio de salud cuentan con antimaláricos del Programa y administran en forma supervisada.

1. Álvaro es un niño de tres años y 12.5 Kg. de peso que ha retornado al servicio de salud a una consulta de control por padecer neumonía (58 respiraciones por minuto sin sibilancias). Tiene una temperatura axilar de 37.5⁰C. Ha estado tomado Amoxicilina. La madre dice que aún está enfermo y que ese día vomitó dos veces.

a) ¿Cómo controlaría hoy a Álvaro? Haga una lista de los signos que observaría y de las preguntas que le haría a la madre.

Cuando controla a Álvaro encuentra que puede beber y que no vomita después de beber. No ha tenido convulsiones. No está letérgico ni comatoso. Aún está tosiendo. Respira a razón de 55 veces por minuto. Presenta tiraje subcostal. No tiene sibilancias ni estridor. La madre dice que a veces lo siente calenturiento. Ha disminuido su apetito y en los últimos dos días apenas ha pasado alimento.

b) ¿Álvaro está peor, igual o mejor?

c) ¿Cómo trataría usted a Álvaro?. Si decidiera darle medicamento(s), especifique la(s) dosis y el esquema de administración?

d) La madre indica que le ha estado dando la Amoxicilina cada 12 horas. ¿Qué puede comentar del proceso de comunicación con la madre en la primera atención?.

- 2. Francisco** tiene 18 meses y pesa 9 Kg. Hoy tiene una temperatura de 36⁰C. La historia del niño indica que 2 días atrás se le clasificó como DIARREA y NO TIENE DESHIDRATACIÓN. TIENE DISENTERÍA. no tiene desnutrición. La madre de Francisco lo ha llevado de vuelta después de dos días de tratamiento para la DISENTERÍA. Cuando usted le pregunta si ha tenido problemas nuevos, la madre dice que Francisco está ahora resfriado, tiene tos y sibilancias.

a) ¿Cómo evaluaría usted a Francisco en su consulta de control?

Cuando evalúa a Francisco, usted encuentra que no presenta signos de peligro en general. La frecuencia respiratoria es de 35 por minuto. No presenta tiraje subcostal ni estridor pero si tiene tos y sibilancias. Cuando usted pregunta acerca de la diarrea, la madre le dice que aún tiene algo de diarrea, pero mucho menos. Hay menos sangre en las heces. Usted encuentra que no presenta signos de deshidratación. No tiene fiebre y tiene menos dolor abdominal. También está comiendo mejor. La madre dice que el niño se siente mucho mejor, excepto por el resfrío y la tos.

b) ¿Qué haría usted para tratar la diarrea de Francisco?

c) ¿Cómo clasificaría el problema respiratorio del niño?

d) Haga una lista de los tratamientos para la tos y el resfrío de Francisco.

- 3. Sofía** es llevada por su madre al servicio de salud porque aún tiene fiebre. Tres días atrás se le administró Sulfadoxina, más Piremetamina y Artesunato para la MALARIA por *P. falciparum*. La madre dice que ahora está más enferma, tiene vómitos y está muy caliente. Sofía tiene 18 meses y pesa 11 Kg. hoy tiene una temperatura axilar de 39⁰C.

Cuando usted evalúa a Sofía, la madre le dice que el día anterior no podía beber. Vomitó después de comer, y no siempre vomitaba después de beber una pequeña cantidad de líquido. No ha tenido convulsiones. No se despierta cuando la madre trata de despertarla. Está letárgica. La madre dice que no tiene tos ni diarrea. Tiene fiebre hace 5 días. No tiene rigidez de nuca, coriza ni erupción generalizada. No tiene problemas de oído ni de garganta. NO HAY ANEMIA NI DESNUTRICIÓN.

¿Cómo trataría usted a Sofía?. Si decidiera darle medicamentos, indique la dosis y el esquema de administración.

- 4. Juan** es un niño de 18 meses de edad. Cinco días atrás estaba en el servicio de salud. Usted ve en la historia del niño que ha tenido diarrea. Se lo clasificó como NO HAY DESHIDRATACIÓN y NO HAY DESNUTRICIÓN MODERADA. Pesaba 7 kg. Se lo trató de acuerdo al Plan A, y su madre recibió consejos sobre alimentación. En la historia del niño se había anotado lo siguiente:

3 comidas / día – arroz con lentejitas, plátano

Nada entre las comidas. Nada de leche. Dejó de amamantarse 3 meses atrás

Se recomendó agregar 2 comidas adicionales por día: lentejas machacadas con aceite y huevos o leche cuando se los tenga disponibles.

Juan regresó al servicio de salud para la consulta de control por el problema de alimentación. El niño aún pesa 7 Kg. y parece triste, pero no visiblemente emaciado.

a) Indique con una marca todo lo que es apropiado hacer durante esta consulta:

- Hacer preguntas sobre cualquier problema nuevo. si no hay un problema nuevo, evaluar, clasificar y tratar al niño como en la primera consulta.
- Hacer la preguntas del recuadro superior del cuadro de procedimientos *ACONSEJAR*. Identificar cualquier problema de alimentación nuevo.
- Preguntar a la madre si ha podido dar al niño comidas adicionales todos los días.
- Preguntarle qué alimentos le dio a Juan y el número de comidas.
- Como Juan no ha aumentado de peso, refiéralo inmediatamente al hospital.
- Aconsejar a la madre que reanude el amamantamiento.
- Administrar vitamina A.
- Como Juan no ha aumentado de peso, repetir el consejo que se le dio antes a la madre. lleva mucho tiempo cambiar el comportamiento.
- Hacer preguntas a la madre para identificar otros problemas de alimentación.
- Hacer recomendaciones para todos los problemas alimentarios que se hayan encontrado.
- Preguntar si Juan aún tiene diarrea.

Usted le hace preguntas a la madre de Juan para averiguar si le ha dado las comidas adicionales y qué alimentos le ha ofrecido. También le pregunta que tan grande es cada ración, si Juan ha estado comiendo todas las raciones y si tiene su propio plato.

Usted se entera que la madre de Juan le ha estado dando puré de lentejas 2 veces al día, como se le aconsejó. El niño solo come un bocado o ignora la comida por completo. La madre pone la comida en un plato delante del niño mientras ella hace otro trabajo. No ha conseguido aún huevos ni leche, pero tratará de conseguirlos. La semana anterior preparó palta para la cena durante tres noches, pero los hermanos del niño comieron todo lo que había.

b) ¿Qué le aconsejaría ahora a la madre de Juan?

II. ATENCION A LAS NIÑAS O NIÑOS MENORES DE 2 MESES



EJERCICIO 20 Edad gestacional (Fotografías)

Con este ejercicio, usted practicará a determinar la Edad Gestacional, según las características físicas más comunes, utilizando algunas fotografías de casos del álbum de fotografías. Observe cuidadosamente la fotografía, describa la característica y anote el puntaje correspondiente.

FOTO N°	Características	Puntaje
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		



EJERCICIO 21

Peso y edad gestacional

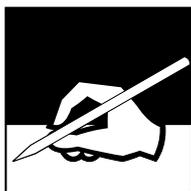
Con este ejercicio, usted practicará la forma de clasificar a las recién nacidas o recién nacidos según su Peso y la Edad Gestacional. Deberá utilizar la curva de crecimiento intrauterino del Cuadro de Procedimientos. En cada caso tendrá que decidir si el Bebé es Pretérmino, A término o Postérmino (clasificación A); si es PEG, AEG ó GEG (clasificación B) y si es PEBN, PMBN, PBN, PN o M (clasificación C) y al final decidir cuál sería la conducta inmediata.

Peso (gramos)	Edad Gestacional (semanas)	Clasificación A	Clasificación B	Clasificación C	Conducta inmediata
1250	28				
4500	44				
1500	34				
2000	38				
2500	27				
2480	29				
3200	39				
2000	34				

“Un pequeño para su edad de gestación puede ser Muy Grande para su Familia y su País”



DERECHO AL ACCESO SIN DISCRIMINACION: *Los proveedores debemos promover la importancia de salvar la vida de un recién nacido, ello significa ofrecer a la sociedad un ser humano que en promedio puede llegar a vivir 70 o más años de vida.*



EJERCICIO 22
Signos de enfermedad
(Fotografías)

En este ejercicio, se le solicita que describa en sus propias palabras, los signos clínicos que observa en cada una de las fotografías siguientes:

Fotografía	Descripción
38	
41	
43	
47	
48	
54	
64	
99	
103	
104	
161	
164	



EJERCICIO 23

Signos de peligro

En este ejercicio practicarás la forma de registrar los resultados de la evaluación en un formulario de registro de niñas o niños menores de 2 meses de edad. Usted clasificará a las niñas o niños por enfermedad muy grave, infección bacteriana local o diarrea. Utilice el Cuadro de Procedimientos evaluar y Clasificar a la niña o niño de 0 a 2 meses:

Para registrar cada caso:

1. Lea la información sobre el caso. Anote el nombre de la niña o niño, la edad, el peso, la temperatura y el problema de la niña o niño. Ponga una marca en “primera consulta” (Todos las niñas o niños) de este ejercicio concurren al servicio de salud para la primera consulta).
2. Anote los resultados de la evaluación en el formulario.
3. Clasifique el estado de salud del niño (enfermedad muy grave, infección bacteriana local o diarrea).
4. Anote al reverso del formulario el o los tratamientos que necesita la niña o niño.
5. Luego, pase al caso siguiente.

Caso 1: Sandra

Sandra tiene 7 días. Pesa 4 Kg. Tiene temperatura axilar de 37oC. La madre la llevó al servicio de salud porque tiene una erupción en la piel. El personal de salud evalúa primero los signos de enfermedad muy grave. La madre de Sandra dice que lacta bien, no vomita y no ha tenido convulsiones. La frecuencia respiratoria de Sandra, determinada dos veces, es 55 por minuto. No presenta tiraje subcostal, ni aleteo nasal, ni quejido. La fontanela no está abombada y el ombligo es normal. No hay distensión abdominal. El personal de salud examina todo el cuerpo de la niña y encuentra que el color de la piel es rosada, pero que existe una erupción roja con algunas pústulas en las nalgas. Está despierta y sus movimientos son normales. No hay manifestaciones de sangrado y el llenado capilar es normal.

Caso 3: Isabel

Isabel tiene 6 semanas. Pesa 4.2 Kg. tiene temperatura axilar de 36.5oC. La madre llevó a la niña al servicio de salud porque tiene diarrea. Cuando el personal de salud le pregunta a la madre si Isabel lacta bien, la madre dice que no. No ha tenido vómitos ni convulsiones. El personal de salud cuenta 50 respiraciones por minuto la primera vez y 54 la segunda vez. Isabel no presenta tiraje subcostal grave ni aleteo nasal, ni quejido. La fontanela no está abombada. El ombligo no está rojo

ni hay supuración. No hay distensión abdominal. No hay pústulas en el cuerpo. Cuando se le quita la ropa, Isabel duerme y se observa que no moviliza las extremidades. El color de la piel es rosada y el llenado capilar es normal

En respuesta a las preguntas del personal de salud, la madre dice que Isabel ha tenido diarrea por dos días, y que no hay sangre en las heces. El personal de salud encuentra que Isabel no despierta, que los ojos están hundidos y la boca y lengua están secas. Cuando se le pellizca, la piel del abdomen vuelven a su lugar rápidamente.

Cuando termine el ejercicio, sírvase discutir sus respuestas con un Facilitador

Nota: Guarde los formularios de registro de estas niñas o niños, porque usted los continuará usando posteriormente.

FORMULARIO DE REGISTRO

ATENCIÓN DEL BEBÉ MENOR DE 2 MESES

1. DATOS GENERALES

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ días Temp: _____ °C Peso: _____ Kg Talla: _____ cm Circ. cefálica: _____ cm

 Motivo de consulta (cuando no es por nacimiento): _____ **Nacimiento** _____ **Primera consulta** _____ **Consulta de Seguimiento** _____

Antecedentes del parto: Se produjo en la casa _____ hospital _____ otro (describa) _____

Tipo de parto: normal, cesárea, cefálico, pelviano, único, múltiple

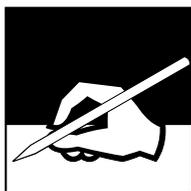
3. SIGNOS DE RIESGO MATERNO

2. DATOS DE LA MADRE	3. SIGNOS DE RIESGO MATERNO
Nombre: _____ Edad: _____ años Peso: _____ Kg Talla: _____ cms P/A: _____ / _____ mm Hg Tipo de sangre _____ Antecedentes Obstet Gestas: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ (>3 espontáneos _____) Hijos nacidos muertos _____ Muertes neonatales _____ Hijos <2500 g _____ y/o > 4000 g _____ Internación por hipertensión / preeclampsia / edampsia en el último embarazo: NO, SI Cirugías previas del trato reproductivo: NO, SI ¿Cuántas? _____ Control prenatal previo: NO, SI ¿Cuántos? _____ Tratamiento recibido: NO, SI ¿Cuál (describa): _____	< 19 ó > 35 años Embarazo < 37 ó > 41 s Sin control prenatal Diabetes controlada Período inter genésico < 2 a Altura uterina no acorde a EG Cesárea anterior Antecedentes de hijos prematuros, bajo peso y/o malformados Antecedentes de abortos habituales. Muerte fetal o neonatal temprana Enfermedad sistémica controlada Primigesta o grán multipara Infección urinaria sin fiebre RPM > 18 horas Anemia moderada Flujo vaginal Ingesta de drogas teratogénicas Alcohol, tabaco, drogas Hipertensión controlada Ganancia inadecuada de peso Embarazo múltiple

4. EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN AL NACER	CLASIFICAR																												
Necesidad de reanimación: Sí _____ NO _____ Sexo: M _____ F _____ Peso al nacer : _____ gramos, Talla: _____ cm Circ. cefálica _____ cm <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">No respiró espontáneamente</td> <td style="width: 25%;">Líquido meconial</td> <td style="width: 25%;">Apgar:</td> <td style="width: 25%;">Apgar:</td> </tr> <tr> <td>Frec. Cardíaca < 100 latidos por min</td> <td>vigoroso / deprimido</td> <td>1 min _____</td> <td>10 min _____</td> </tr> <tr> <td>Cianótico o pálido</td> <td>Fue intubado</td> <td>5 min _____</td> <td>15 min _____</td> </tr> </table> Evaluar el riesgo al nacer: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Peso < 2500 ó > 4000 g</td> <td style="width: 25%;">Dificultad respiratoria</td> <td style="width: 25%;">Infección intrauterina</td> <td style="width: 25%;">Requirió reanimación</td> </tr> <tr> <td>Edad gest < 37 s. ó > 42 s.</td> <td>Fiebre materna o corioamnionitis</td> <td>Anomalia cong. mayor</td> <td>Palidez o plétora</td> </tr> <tr> <td>Pequeño para su Ed Gest.</td> <td>Tª rectal < 36.0 ó > 37.8 °C</td> <td>Trauma al nacer</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tª rectal < 36.0 ó > 37.8 °C</td> <td>RPM > 18 horas</td> <td>debido al parto</td> <td></td> </tr> </table>	No respiró espontáneamente	Líquido meconial	Apgar:	Apgar:	Frec. Cardíaca < 100 latidos por min	vigoroso / deprimido	1 min _____	10 min _____	Cianótico o pálido	Fue intubado	5 min _____	15 min _____	Peso < 2500 ó > 4000 g	Dificultad respiratoria	Infección intrauterina	Requirió reanimación	Edad gest < 37 s. ó > 42 s.	Fiebre materna o corioamnionitis	Anomalia cong. mayor	Palidez o plétora	Pequeño para su Ed Gest.	Tª rectal < 36.0 ó > 37.8 °C	Trauma al nacer		Tª rectal < 36.0 ó > 37.8 °C	RPM > 18 horas	debido al parto		
No respiró espontáneamente	Líquido meconial	Apgar:	Apgar:																										
Frec. Cardíaca < 100 latidos por min	vigoroso / deprimido	1 min _____	10 min _____																										
Cianótico o pálido	Fue intubado	5 min _____	15 min _____																										
Peso < 2500 ó > 4000 g	Dificultad respiratoria	Infección intrauterina	Requirió reanimación																										
Edad gest < 37 s. ó > 42 s.	Fiebre materna o corioamnionitis	Anomalia cong. mayor	Palidez o plétora																										
Pequeño para su Ed Gest.	Tª rectal < 36.0 ó > 37.8 °C	Trauma al nacer																											
Tª rectal < 36.0 ó > 37.8 °C	RPM > 18 horas	debido al parto																											

5. EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL BEBÉ ENFERMO DE 0 A 2 MESES DE EDAD	CLASIFICAR																																																										
¿Enfermedad grave o infección local? Sí _____ NO _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">"Se ve mal"</td> <td style="width: 25%;">Palidez</td> <td style="width: 25%;">Aleteo nasal</td> <td style="width: 25%;">Pústulas o vesículas (extensas)</td> <td style="width: 25%;">Secreción purulenta conjuntival</td> </tr> <tr> <td>No puede tomar el pecho</td> <td>Peso < 2500 g</td> <td>Quejido</td> <td>(extensas)</td> <td>Ombigo eritematoso</td> </tr> <tr> <td>Letargia/somnolencia</td> <td>FR > 60 ó < 40 x min</td> <td>Tiraje subcostal grave</td> <td>Secreción purulenta de ombligo y piel</td> <td>Pústulas en piel (pocas)</td> </tr> <tr> <td>Vomita todo</td> <td>Tª rectal < 36.0 ó > 37.8°C</td> <td>Cianosis central</td> <td>Manifestaciones de sangrado</td> <td>Placas blanquecinas en boca</td> </tr> <tr> <td>Convulsiones</td> <td>Apnea</td> <td>Ictericia abajo ombligo</td> <td>Llenado capilar muy lento (Mayor de 2 segundos)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Distensión abdominal</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ¿El menor de dos meses tiene diarrea? Sí _____ NO _____ Cuánto tiempo hace? _____ días Determinar el estado general del Bebé. ¿Esta letárgico o inconsciente? ¿Intranquilo e irritable? Determinar si tiene los ojos hundidos. Signo de pliegue cutáneo: ¿ La piel vuelve al estado anterior lentamente ? (menos de 2 segundos) , o muy lentamente (más de 2 segundos) Hay sangre en las heces? Boca y lengua secas Alimentación y Nutrición Primero: Determinar la tendencia del crecimiento <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Tendencia del crecimiento en descenso a partir del décimo día</td> <td style="width: 25%;">Tendencia horizontal</td> <td style="width: 25%;">Se alimenta menos de 6 veces/día</td> <td style="width: 25%;">Palidez palmar intensa</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Agarre deficiente</td> <td>Recibe otra leche</td> <td>Palidez palmar leve</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No mama bien</td> <td>Recibe otros alimentos o líquidos</td> <td></td> </tr> </table> Verificar los antecedentes de vacunación del menor de 2 meses y la madre. Marca con un círculo <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Las vacunas que se le darán hoy</td> <td style="width: 25%;">Madre</td> <td style="width: 25%;">Recién nacida recién nacido</td> <td style="width: 25%;">Niña o niño 2 - 4 - 6 meses</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Antitetánica 1 _____</td> <td></td> <td>PENTA + VOP</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Antitetánica 2 _____</td> <td>BCG _____</td> <td>HVB * _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>* HVB del RN (zona priorizada)</td> </tr> </table>	"Se ve mal"	Palidez	Aleteo nasal	Pústulas o vesículas (extensas)	Secreción purulenta conjuntival	No puede tomar el pecho	Peso < 2500 g	Quejido	(extensas)	Ombigo eritematoso	Letargia/somnolencia	FR > 60 ó < 40 x min	Tiraje subcostal grave	Secreción purulenta de ombligo y piel	Pústulas en piel (pocas)	Vomita todo	Tª rectal < 36.0 ó > 37.8°C	Cianosis central	Manifestaciones de sangrado	Placas blanquecinas en boca	Convulsiones	Apnea	Ictericia abajo ombligo	Llenado capilar muy lento (Mayor de 2 segundos)			Distensión abdominal				Tendencia del crecimiento en descenso a partir del décimo día	Tendencia horizontal	Se alimenta menos de 6 veces/día	Palidez palmar intensa		Agarre deficiente	Recibe otra leche	Palidez palmar leve		No mama bien	Recibe otros alimentos o líquidos		Las vacunas que se le darán hoy	Madre	Recién nacida recién nacido	Niña o niño 2 - 4 - 6 meses		Antitetánica 1 _____		PENTA + VOP		Antitetánica 2 _____	BCG _____	HVB * _____				* HVB del RN (zona priorizada)	Volver para la próxima vacuna el _____ (Fecha)
"Se ve mal"	Palidez	Aleteo nasal	Pústulas o vesículas (extensas)	Secreción purulenta conjuntival																																																							
No puede tomar el pecho	Peso < 2500 g	Quejido	(extensas)	Ombigo eritematoso																																																							
Letargia/somnolencia	FR > 60 ó < 40 x min	Tiraje subcostal grave	Secreción purulenta de ombligo y piel	Pústulas en piel (pocas)																																																							
Vomita todo	Tª rectal < 36.0 ó > 37.8°C	Cianosis central	Manifestaciones de sangrado	Placas blanquecinas en boca																																																							
Convulsiones	Apnea	Ictericia abajo ombligo	Llenado capilar muy lento (Mayor de 2 segundos)																																																								
	Distensión abdominal																																																										
Tendencia del crecimiento en descenso a partir del décimo día	Tendencia horizontal	Se alimenta menos de 6 veces/día	Palidez palmar intensa																																																								
	Agarre deficiente	Recibe otra leche	Palidez palmar leve																																																								
	No mama bien	Recibe otros alimentos o líquidos																																																									
Las vacunas que se le darán hoy	Madre	Recién nacida recién nacido	Niña o niño 2 - 4 - 6 meses																																																								
	Antitetánica 1 _____		PENTA + VOP																																																								
	Antitetánica 2 _____	BCG _____	HVB * _____																																																								
			* HVB del RN (zona priorizada)																																																								

6. EVALUAR OTROS PROBLEMAS	¿Tiene tamizaje neonatal? Sí _____ NO _____	
8. RECORDAR EL DERECHO A LA SALUD INFANTIL	El reconocimiento oficial de la niña y niño como ciudadanos a través de la partida de nacimiento y el Documento de Identidad (DNI) en los primeros día de vida, facilitará la realización de sus derechos a varios programas sociales incluido el aseguramiento público en salud.	



EJERCICIO 24

Tratamientos

En este ejercicio usted determinará todos los tratamientos que se necesitan e indicará cuáles son los antibióticos y dosis apropiados para niñas o niños. Consulte el Cuadro de Procedimientos cuando lo necesite.

Tome los formularios de registro de niñas o niños menores de 2 meses de edad que ya usó en los ejercicios anteriores.

Para cada caso:

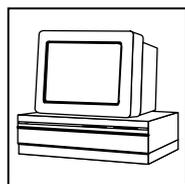
1. Examine los resultados y clasificaciones de las evaluaciones de la niña o niño que usted ha escrito en el formulario de registro a fin de recordar el estado de la niña o niño.
2. Determine si el Bebé menor de 2 meses de edad deberá referirse de urgencia al hospital. En caso afirmativo, escriba sólo los tratamientos urgentes necesarios. Si el Bebé no necesita ser referido urgentemente al hospital, escriba todos los tratamientos recomendados y los consejos para la madre en el reverso del formulario de registro.
3. Si el Bebé necesita un antibiótico, escriba también el nombre del antibiótico que habrá que darle y la dosis y el esquema de administración.

Cuando haya terminado, el ejercicio, discuta sus respuestas con un facilitador.



DERECHO A LA INFORMACION: *Ofrecer un servicio de calidad y adecuado a la cultura de la población es una responsabilidad del personal de salud. Un criterio de calidad del servicio es brindar información de salud a las madres y padres en términos que sean fáciles de entender y con respeto a su estado emocional.*

Verifique constantemente si la madre / padre entendió la dosis y forma en que administrará el tratamiento a su Bebé, y cuando debe retornar al establecimiento.



EJERCICIO 25

Lactancia correcta: agarre

En este ejercicio usted practicará cómo reconocer los signos del buen y mal agarre durante la lactancia como se muestra en el vídeo y en las fotografías.

Primera parte - Vídeo

En este vídeo se mostrará cómo verificar si hay un problema de alimentación y cómo evaluar la lactancia. Se mostrarán los signos del buen y el mal agarre y la lactancia eficaz e ineficaz.

Segunda parte - Fotografías

1. Estudie las fotografías numeradas del 66 al 70 inclusive de niñas o niños de 0 a 2 meses de edad puestos al pecho. Observe cada uno de los signos del buen agarre. Compare sus observaciones acerca de cada fotografía con las respuestas del cuadro siguiente que le ayudarán a aprender cómo se manifiesta cada signo. Advierta la evaluación general del agarre.

FOTO	SIGNOS DE BUEN AGARRE				EVALUACIÓN	COMENTARIO
	Mentón toca la mama	Boca bien abierta	Labio inferior volteado hacia afuera	Mayor parte de la areola se ve arriba		
66	SI, CASI	SI	SI	SI	Tiene buen agarre	
67	NO	NO	SI	NO (igual arriba y abajo)	No está bien agarrado	
68	SI	NO	NO	SI	No está bien agarrado	Labio inferior hacia adentro
69	NO	NO	NO	SI	No está bien agarrado	Retracción de las mejillas
70	SI	SI	SI	No se ve bien	Tiene buen agarre	

2. Ahora estudie las fotografías 71 a 74 inclusive. En cada fotografía observe cada uno de los signos del buen agarre e indique con una marca en el cuadro si se halla o no presente. Escriba también su evaluación general del agarre.

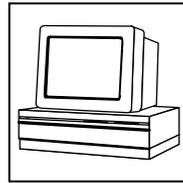
FOTO	SIGNOS DE BUEN AGARRE				EVALUACIÓN	COMENTARIO
	Mentón toca la mama	Boca bien abierta	Labio inferior volteado hacia afuera	Mayor parte de la areola se ve arriba		
71						
72						
73						
74						

3. Estudie las fotografías 75 y 76. En ellas se muestran manchas blancas (candidiasis) en la boca de una niña o niño .

Cuando haya terminado de evaluar las fotografías discuta sus respuestas con un facilitador.



DERECHO A LA INFORMACION: Explique a la madre que su bebé tiene el derecho a ser alimentado en forma precoz con la leche materna y las ventajas que ello significa para la salud de su Bebé y de ella misma.



EJERCICIO 26

Lactancia correcta: posición

Primera parte - Vídeo

Usted mirará una demostración por vídeo de los pasos que se seguirán para ayudar a la madre a mejorar la posición y el agarre de la niña o niño durante la lactancia.

Segunda parte - Fotografías

En este ejercicio usted estudiará fotografías para practicar la forma de reconocer los signos que indican que la posición y el agarre durante la lactancia son buenos o deficientes. Cuando todos estén listos, habrá una discusión de grupo sobre cada una de las fotografías. Usted discutirá lo que el personal de salud podría hacer para ayudar a la madre a mejorar la posición y el agarre durante la lactancia.

1. Estudie las fotografías numeradas del 77 al 79 de niñas o niños menores de 2 meses de edad puestos al pecho. Observe cada uno de los signos de una buena posición. Compare sus observaciones sobre cada fotografía con las respuestas del cuadro siguiente pues ello le ayudará a aprender cómo se manifiesta una buena o una mala posición.

FOTO	SIGNOS DE POSICION CORRECTA				COMENTARIO SOBRE EL AGARRE
	Cuello derecho o algo curvado hacia atrás	Cuerpo vuelto hacia la madre	Cuerpo próximo a la madre	Todo el cuerpo sostenido	
77	SI	SI	SI	SI	
78	SI	SI	SI	SI	
79	NO	NO	NO	SI	No está bien agarrado: La boca no está completamente abierta, labio inferior no está vuelto hacia afuera

2. Ahora estudie las fotografías 80 a 82 inclusive. En estas fotografías, observe cada uno de los signos de la buena posición e indique con una marca en el cuadro si cada uno de esos signos está presente. También decida si el agarre es bueno.

FOTO	SIGNOS DE POSICION CORRECTA				COMENTARIO SOBRE EL AGARRE
	Cuello derecho o algo curvado hacia atrás	Cuerpo vuelto hacia la madre	Cuerpo próximo a la madre	Todo el cuerpo sostenido	
80					
81					
82					



EJERCICIO 27

Alimentación y vacunas

Este ejercicio es una continuación de los 2 casos del ejercicio 23. Tome los dos formularios de registro de niñas o niños menores de 2 meses de edad que utilizó en el ejercicio 21. Consulte el Cuadro de Procedimientos Evaluar y Clasificar a la niña o niño Menor de 2 Meses de Edad y la gráfica de peso por edad cuando lo necesite.

Para cada caso:

1. Lea la descripción del resto de la evaluación de la niña o niño. Registre los resultados de la evaluación adicional en el formulario de la niña o niño.
2. Utilice la gráfica de peso por edad para determinar si el Bebé tiene peso muy bajo para su edad.
3. Clasifique la alimentación.
4. Verifique los antecedentes de vacunación de la niña o niño. Anote las inmunizaciones que necesitan ese día y cuándo debe regresar para recibir la próxima vacuna.

Caso 1: Sandra

Cuando se le preguntó si tenía dificultad en alimentar a Sandra, la madre dijo que no. Dice que Sandra lacta 9 o 10 veces en 24 horas y que no toma ningún otro líquido. Luego el personal de salud se fija en el peso y la edad de Sandra anotado en la parte superior del formulario de registro. Se vale de la gráfica de peso por edad para verificar el peso para la edad de Sandra. El personal de salud decide que no hay necesidad de evaluar la lactancia.

La madre de Sandra tiene un calendario de vacunación. Allí está anotado que la niña recibió la BCG cuando nació en el hospital. Cuando el personal de salud le pregunta a la madre si Sandra tiene algún otro problema, ella dice que no.

Caso 2: Isabel

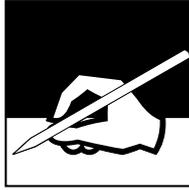
El personal de salud le pregunta a la madre de Isabel si tiene dificultad para alimentarla. La madre dice que no tenía ninguna dificultad hasta que Isabel se enfermó, pero que en ese momento no se está alimentando. Le dio de lactar un poco la noche anterior. Esa mañana la madre trató de alimentarla varias veces, pero Isabel no podía mamar y lo único que hacía era dormir. Generalmente lacta 8 veces en 24 horas y no toma ninguna otra bebida. El personal de salud verifica el peso para su edad.

Como Isabel no puede alimentarse y deberá ser referida de urgencia al hospital, el personal de salud no evalúa la lactancia. La madre de Isabel dice que nació en la casa y que no recibió ninguna vacuna.

Cuando haya terminado el ejercicio discuta sus respuestas con un facilitador.



DERECHO A LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION:
"Los proveedores de los servicios de salud somos responsables de los pasivos (pasado) y los activos (futuro) de la salud de las niñas y los niños".



EJERCICIO 28

Consulta de control

Lea lo referente a cada uno de las niñas o niños de 0 a 2 meses de edad que acuden para consulta de control. Consulte el Cuadro de Procedimientos EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 2 MESES cuando lo necesite.

Nota: En el establecimiento de salud, las infecciones bacterianas locales se tratan con Dicloxacilina.

1. Sandra. Tiene 5 semanas. El personal de salud la clasificó como INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL porque tenía algunas pústulas en la piel de las nalgas. La madre le administró Dicloxacilina en la casa y le curó las pústulas. Regresó a la consulta de control después de dos días. Sandra no tiene problemas nuevos.

- ¿Cómo controlaría usted a Sandra?.
- ¿Qué tratamiento necesita Sandra ahora?

2. Isabel. Es una niña de 6 semanas de edad. Viene a control pues fue traída por su madre 2 días antes por presentar DIARREA y DESHIDRATACIÓN. En la primera consulta se le suministró SRO y se le envió a su casa, mejorada, habiéndosele indicando a la madre que continuara lactando a su niña.

- ¿Como evaluaría ahora el estado de hidratación de Isabel?
- ¿Que haría frente a esta nueva evaluación de Sandra?

Cuando haya terminado el ejercicio, discuta sus respuestas con un Facilitador



DERECHO A LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION:
Recordarle a la madre y al padre que tienen la responsabilidad de retornar al control de su Bebé, es importante que ellos tomen conciencia de que en ese control se puede detectar en forma oportuna cualquier problema de salud de su Bebé y tratarlo a tiempo. Si el Bebé no retorna programe y realice el seguimiento domiciliario correspondiente.