



Guia PISIS

PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD INFANTIL SAHARAUI



PISIS 

البرنامج الصحي الشامل للطفل الصحراوي



PISIS 

البرنامج الصحي الشامل للطفل الصحراوي



AYUDA DE LA
IGLESIA NORUEGA



ISBN: 978-84-694-2137-6

Depósito legal:

REPÚBLICA ÁRABE SAHARAUI DEMOCRÁTICA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



الجمهورية العربية الصحراوية الديمقراطية
وزارة الصحة العمومية

La madre y el niño son los pilares de toda sociedad, son también colectivos muy vulnerables, atenderlos adecuadamente es la principal prioridad de todo Sistema de Salud, más si esta sociedad atraviesa una situación tan frágil como la del Pueblo Saharaui que desde hace 35 años está viviendo en condiciones de guerra o refugio en la "Hamada".

Los programas Maternal y PISIS son dos excelentes instrumentos para poder dar respuesta a estas prioridades, se apoyan en los principios a los que el Ministerio de Salud Pública siempre ha sido fiel: la promoción de la salud y la prevención.

El PISIS (Programa Integral de Salud Infantil Saharaui) es el resultado de un proceso de madurez del PNS (Programa del Niño Sano). Es un instrumento que cubre todo el marco sanitario infantil (educación, promoción y sensibilización de las madres, exploración del recién nacido, vacunación, detección precoz de la anemia y de la desnutrición, vacunación, erradicación de hábitos de riesgo, higiene, tratamientos médicos básicos etc.).

Este manual en formato sencillo, completo y claro nos ayudará a conocer y aplicar correctamente el programa PISIS. Es un programa integral porque abarca todos los aspectos básicos de la salud del niño/a, que exige al equipo de salud del dispensario mucha disciplina, perfecto conocimiento del programa, habilidades técnicas, habilidades sociales y sobre todo una gran responsabilidad a cada uno de sus integrantes. Es necesaria una superación profesional continua.

Quiero agradecer vivamente a todo este gran grupo de profesionales, colaboradores permanentes de nuestro Ministerio, que desde diversas entidades, han hecho posible que el PISIS sea una realidad. Basta repasar el largo listado de autores, colaboradores etc. para sentir una satisfacción inmensa.

Estamos seguros de que el camino por recorrer, que es mucho, se hará de forma decidida, el MSP hará todos los esfuerzos posibles. La formación continuada, la capacitación del personal, el seguimiento de las actividades, son tareas imprescindibles que han de seguir en los próximos años. Estamos seguros que el niño/a saharauí será el gran beneficiado.

Compañeros-Compañeras, el reto bien merece la pena

Cuerpo sano, Mente sana

Sidahmed Tayeb

Ministro de Salud Pública RASD

AUTORES/AS

CAÑELLAS PONS, Rosa Maria. Enfermera de Associació d'Amics del Poble Sharaui de les Illes Balears (AAPSIB)

SABOYA NAVARRO, Montserrat. Enfermera. Valid International

DIEZ DORADO, Ruth. Pediatra de Médicos del Mundo (MdM) España

CAUBET BUSQUETS, Inmaculada. Pediatra de AAPSIB

MOHAMED LEHBIB, Abderrahaman. Pediatra Ministerio de Salud Pública Saharaui (MSPS)

DEL RÍO HUERTA, Irene. Oficial de programas del PMA/WFP

BARIKMO, Ingrid. Nutricionista de la NCA

DIAL, Salimata. Coordinadora de salud de UNHCR/ACNUR

FERNANDEZ ELORRIAGA, María. Enfermera de MdM España

HOISAETHER, Elizabeth. Nutricionista de NCA

KEDDI, Abdelah. Médico de la OMS

NAYEM MAHAFUD, Abdalahe. Coordinador nutrición del MSPS

WILKINSON, Caroline. Nutricionista de UNHCR/ACNUR

KESSI, Lyes. Médico de MdM Grecia

FOTOS

Andrew Mac Connell

Inmaculada Caubet

Ruth Diez Dorado

Rosa Maria Cañellas Pons

ILUSTRACIÓN PORTADA

Pere Joan

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Borbalan.com



ENFERMERAS/OS COLABORADORES

ALI MAHMUD, Mohamed

BAMBA ELHRITANI, Galia

BARCA LABEIDE, Nayma

BELA MOHAMED, Mahfud

GAZUANI, Meiti

HABIB BARAIM, Mehdi

LASIAD LARUSI, Lala

LEBEID BELID MAHMUD, Ahmed

MELEININ JALED, Jadiya

MOHAMED ABDELFATAH, Umla

MOHAMED EMBAREK, Salka

MOHAMED SALAMA, Sidahmed

SAID ALI, Warda

SALEC LUALI, Mbarca

SIDAHMED JALIL, Fatimetu

CACERES TEIJEIRO, Yolanda

HERNANDEZ SERRA, Maria

AULET GALMÉS, Margalida

REVISORES/AS

VIDAL THOMAS, Clara. Enfermera de AAPSIB

BIBILONI SANCHO, Pep. Pediatra de AAPSIB

LASIAD AHMED, Jalil. Médico gastroenterólogo del MSPS

MEZIANI, Chafik. Coordinador de salud de UNHCR/ ACNUR

TRADUCTORES

CHEYAJ, Abdi

CHEJ, Maulud

LASIAD AHMED, Jalil



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	pág.13
2. PROCEDIMIENTOS GENERALES	pág.15
1. INICIO DE LA VISITA. REGISTRO EN EL PISIS.....	pág.16
2. HISTORIA CLÍNICA: ENTREVISTA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA.....	pág.18
Entrevista clínica	pág.18
¿Quién realiza la entrevista?.....	pág.18
Aspectos clínicos.....	pág.18
Aspectos nutricionales.....	pág.19
Exploración física	pág.20
¿Quién realiza la exploración física?.....	pág.20
Otros aspectos a valorar en cada visita	pág.21
Perímetro craneal.....	pág.21
El desarrollo psicomotor.....	pág.21
El estado vacunal.....	pág.22
Evaluación de la anemia.....	pág.22
3. VALORACIÓN NUTRICIONAL	pág.23
1. ¿QUIÉN REALIZA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL?.....	pág.23
2. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS.....	pág.23
Verificación de los edemas bilaterales	pág.24
Medida del PB/MUAC	pág.25
Toma del peso	pág.26
Toma de la talla	pág.27
3. VALORACIÓN DE LOS ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS (PESO Y TALLA SEGÚN EDAD)..	pág. 29
¿Quién realiza la valoración de los índices antropométricos?	pág.29
Gráficas peso–edad	pág.30
Gráficas peso–talla	pág.30
Gráficas talla–edad	pág.31

4. CONDUCTA A SEGUIR SEGUN EL RESULTADO DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL.....	pág.33
4a. CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE ESTANCAMIENTO O PERDIDA DE PESO.....	pág.35
1. CUÁNDO HAY ESTANCAMIENTO O PERDIDA DE PESO.....	pág.35
2. PROCEDIMIENTOS A SEGUIR EN CASO DE ESTANCAMIENTO O PERDIDA DE PESO.....	pág.36
1. Valoración del índice peso talla.....	pág.36
2. Encuesta alimentaria.....	pág.36
3. Historia clínica detallada y exploración física.....	pág.37
4. Consejos alimentación.....	pág.37
5. Revaloración.....	pág.37
6. Exámenes complementarios.....	pág.38
7. Grupo de apoyo.....	pág.38
4b. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN CRONICA Y ANEMIA.....	pág.39
1. ¿QUIÉNES SON LOS RESPONSABLES DE ESTOS PROTOCOLOS?.....	pág.39
2. LA MALNUTRICIÓN CRONICA.....	pág.40
3. COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS Y FORTIFICADOS.....	pág.42
Ghazala.....	pág.42
Chaila.....	pág.43
Dosificación de los complementos alimenticios y fortificados.....	pág.44
Consejos importantes para la distribución de los complementos alimenticios y fortificados.....	pág.45
4c. PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA MALNUTRICIÓN AGUDA SEVERA SIN COMPLICACIONES.....	pág.47
1. ¿QUIÉNES SON LOS RESPONSABLES?.....	pág.47
2. CRITERIOS DE ADMISIÓN Y ALTA.....	pág.47
3. PROCEDIMIENTOS DE ADMISIÓN AL MAS.....	pág.50
Registro.....	pág.50
Historia Clínica.....	pág.51
Prueba del apetito.....	pág.53
4. TRATAMIENTO MÉDICO SISTEMÁTICO.....	pág.54
5. TRATAMIENTO NUTRICIONAL.....	pág.55
1. Ración PlumpyNut®.....	pág.55
2. Mensajes esenciales PlumpyNut®.....	pág.56
6. SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS/AS CON MAS.....	pág.57
7. PROCEDIMIENTOS AL FINAL DEL TRATAMIENTO.....	pág.58

4d. PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA MALNUTRICIÓN AGUDA MODERADA.....	pág.59
1. ¿QUIÉNES SON LOS RESPONSABLES?.....	pág.59
2. CRITERIOS DE ADMISIÓN Y ALTA.....	pág.59
3. EVALUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS CON MAM.....	pág.62
Registro.....	pág.62
Historia clínica.....	pág.62
4. TRATAMIENTO MÉDICO SISTEMÁTICO.....	pág.63
5. TRATAMIENTO NUTRICIONAL.....	pág.64
6. SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS/AS CON MAM.....	pág.65
7. PROCEDIMIENTOS AL FINAL DEL TRATAMIENTO.....	pág.66
5. PROTOCOLO DE MANEJO DE LA ANEMIA.....	pág.67
1. PREVENCIÓN DE LA ANEMIA.....	pág.68
2. CAUSAS DE ANEMIA.....	pág.69
3. SÍNTOMAS DE ANEMIA.....	pág.69
4. DIAGNÓSTICO DE ANEMIA.....	pág.70
5. TRATAMIENTO DE LA ANEMIA.....	pág.71
6. PROTOCOLO DE MANEJO DE LOS PROCESOS AGUDOS MÁS FRECUENTES.....	pág.75
1. CONDUCTA A SEGUIR ANTE LA DIARREA O LOS VÓMITOS.....	pág.75
2. CONDUCTA A SEGUIR ANTE LA FIEBRE.....	pág.84
3. CONDUCTA A SEGUIR ANTE UN RESFRIADO.....	pág.86
4. CONDUCTA A SEGUIR ANTE PROBLEMAS DE OIDO.....	pág.88
5. CONDUCTA A SEGUIR ANTE PROBLEMAS DE GARGANTA.....	pág.91
6. DOSIFICACIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS MÁS COMUNES.....	pág.93
7. LAS TAREAS DE LAS JEFAS DE BARRIO EN LAS JAIMAS.....	pág.95
1. BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS DE MALNUTRICIÓN.....	pág.95
2. EL SEGUIMIENTO DE CASOS.....	pág.96
3. MENSAJES IMPORTANTES PARA LAS JEFAS DE BARRIO.....	pág.97

8. LA SENSIBILIZACIÓN	pág.99
1. ¿QUIÉN REALIZA LA SENSIBILIZACIÓN?.....	pág.99
2. ¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN?.....	pág.100
3. ¿A QUIÉN VA DIRIGIDA LA SENSIBILIZACIÓN?.....	pág.100
4. ¿QUÉ ACTIVIDADES PUEDEN REALIZARSE PARA MEJORAR LA SENSIBILIZACIÓN Y ASÍ CONSEGUIR UNA MEJOR EFICIENCIA DEL PISIS??.....	pág.100
5. ¿QUÉ MENSAJES HAY QUE TRANSMITIR A LA POBLACIÓN GENERAL?.....	pág.101
6. ¿CÓMO SE PUEDEN TRANSMITIR ESTOS MENSAJES A LA POBLACIÓN GENERAL?.....	pág.102
 9. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	pág.105
1. ESTRATEGIAS Y MÉTODOS PARA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA NUTRICIÓN.....	pág.105
 10. BIBLIOGRAFÍA	pág.109
 ANEXOS	pág.113
1. CALENDARIO Y CONTENIDOS DE CADA UNA DE LAS VISITAS PERIODICAS.....	pág.114
2. CARTILLA ROJA Y FICHA DE SEGUIMIENTO EN EL DISPENSARIO.....	pág.121
3. CALENDARIO VACUNAL SAHARAUI.....	pág.123
4. MENSAJES ESENCIALES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA.....	pág.135
5. LACTANCIA ARTIFICIAL.....	pág.139
6. MENSAJES ESENCIALES SOBRE EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ENTRE LOS 6 Y LOS 24 MESES.....	pág.145
7. MENSAJES PARA LAS MADRES O CUIDADORES DE LOS NIÑOS/AS A LA HORA DE CONSUMIR GAZHALA EN CASA.....	pág.149



8. MENSAJES PARA LAS MADRES O CUIDADORES DE LOS NIÑOS/AS A LA HORA DE CONSUMIR CHAILA EN CASA.....pág.151

9. MENSAJES ESENCIALES SOBRE LA HIGIENE.....pág.153

10. MENSAJES ESENCIALES SOBRE PAUTAS DE ALIMENTACIÓN EN CASO DE ENFERMEDAD.....pág.156

11. OTROS MENSAJES ESENCIALES PARA LAS MADRES.....pág.157

GLOSARIO DE TÉRMINOS.....pág.161

1 INTRODUCCIÓN

En el año 2003, se publicó por primera vez en los campamentos de refugiados saharauis la guía del Programa del Niño Sano Saharaui. Esta guía ha servido desde entonces como herramienta básica para la evaluación, el seguimiento y el tratamiento adecuado de los niños y niñas saharauis dentro del programa preventivo - curativo de salud infantil existente hasta este momento.

Los principales logros conseguidos durante estos años, gracias al trabajo realizado por los sanitarios saharauis, ha sido llegar a la mayoría de los niños y niñas saharauis menores de cinco años, así como el aumento de la cobertura vacunal. En la actualidad varias razones llevan a replantearse los contenidos del programa de salud infantil, y a la necesidad de ampliar y adaptar esta guía al funcionamiento actual de los dispensarios.

Por tanto, los objetivos de la presente guía son:

ampliar los contenidos tratados en el Programa del Niño Sano,
facilitar la ejecución del programa y todos sus componentes por el personal sanitario saharauí,
integrar los distintos protocolos relacionados con la salud infantil que se están realizando en los campamentos.

La nutrición influye de manera determinante en la salud y el desarrollo de niños, niñas y en los/las adolescentes; las consecuencias de la malnutrición en el nacimiento y la infancia se extienden hasta la adolescencia y la edad adulta y generan un déficit que tendrá consecuencias en varias generaciones. Tanto la malnutrición como la anemia continúan siendo uno de los principales problemas de la salud en la infancia saharauí. En los últimos años, han aparecido una serie de protocolos de tratamiento de la malnutrición aguda que deben, por tanto, ser incluidos en el marco de un programa más amplio de salud infantil. Este programa debe asimismo incluir las acciones preventivas de la malnutrición crónica.

Así, este nuevo programa nace también con la vocación de contribuir a alcanzar los objetivos de salud infantil relacionados con la nutrición, fijados en el Plan Estratégico de Nutrición Saharaui (mayo 2009), elaborado a partir de un taller llevado a cabo en los campos de refugiados saharauis en octubre de 2008 en el que participaron actores internacionales multilaterales, organizaciones no gubernamentales y profesionales sanitarios saharauis.

Siguiendo las directrices marcadas por la Mesa de Concertación y Coordinación en Salud y gracias al trabajo conjunto de todas las organizaciones que trabajan en el campo de la nutrición y de la salud infantil en los campamentos y del personal que trabaja para el Ministerio de Salud Saharaui, sale a la luz esta guía que pretende integrar los diferentes protocolos de actuación en uno único, el Programa Integral de Salud Infantil Saharaui (PISIS).

2 PROCEDIMIENTOS GENERALES

El niño/a debe acudir de manera regular al dispensario y ser atendido de forma sistemática para detectar y tratar lo antes posible los problemas de salud, a la vez que las familias adquieren conocimientos y reciben recomendaciones a través de actividades preventivas y educativas.

La primera visita en la jaima se debe hacer en los días posteriores al nacimiento, durante la primera semana de vida.

La primera visita en el dispensario será a los 15 días de vida del niño/a.

Las visitas de seguimiento, se realizarán según el calendario de visitas establecido y permitirán comprobar que la salud del niño/a y su desarrollo son los adecuados (ver en anexo 1 el calendario de visitas).

Cuando se detecta un problema en el estado de salud, la frecuencia de las visitas aumentará, en función de los protocolos específicos para cada una de las patologías y su evolución.

INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A EN EL PISIS:

El niño/a puede ser inscrito en el programa a cualquier edad hasta los 5 años, si por cualquier motivo no lo ha sido con anterioridad.

A todo niño/a que acude al dispensario por cualquier motivo se le verificará que está registrado en el PISIS y en caso negativo se procederá a su inclusión.

Las jefas de barrio procederán de forma periódica y regular a la detección activa de los recién nacidos y de los niños/as que no acudan regularmente a los servicios de salud y los derivarán al dispensario; de los casos de malnutrición o de cualquier otra patología, para ser inscritos en el PISIS e incluidos en el protocolo correspondiente para iniciar los procedimientos establecidos.

Todo niño/a saharauí de 0 a 59 meses debe estar registrado en el PISIS y seguir los protocolos y procedimientos del Programa.

1. INICIO DE LA VISITA. REGISTRO EN EL PISIS

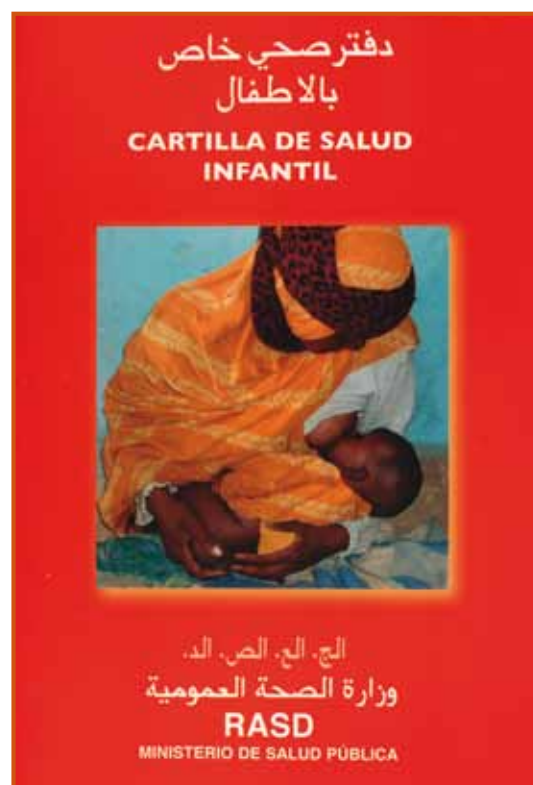
¿QUIÉN REALIZA EL REGISTRO?

La jefa de barrio correspondiente, bajo la supervisión de el/la jefa de dispensario y/o la adjunta y/o secretaria, lleva a cabo el registro del niño/a en el PISIS.

Los documentos que deben rellenarse en el momento del registro son:

LA CARTILLA DE SALUD INFANTIL (cartilla roja): Documento que guarda la familia y contiene los datos clínicos, de vacunación y de evolución del desarrollo del niño/a, además de datos del estado nutricional y de la inclusión en protocolos específicos. En la mayoría de los casos se entrega a la madre después del parto y ya la trae al dispensario en la primera visita. Deben rellenarse todos los datos que se solicitan y completarlo en las sucesivas visitas.

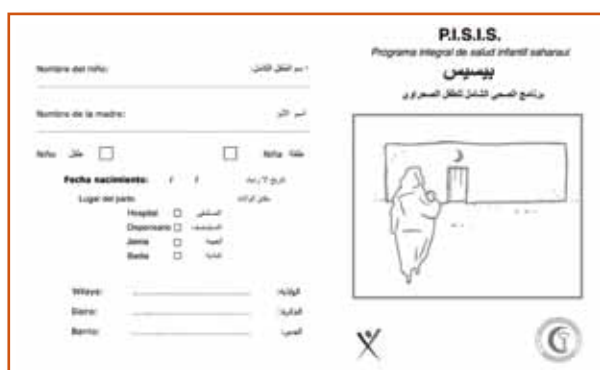
Toda familia saharauí debe tener la “cartilla roja” de cada uno de sus hijos/as y llevarla al dispensario en cada visita.



LA FICHA DE SEGUIMIENTO INDIVIDUAL DEL PISIS: Es el documento que recoge todos los datos de la evolución del niño/a: crecimiento, vacunación, estado nutricional, exploraciones complementarias, tratamientos recibidos, inclusión en protocolos específicos, etc., y toda la información sobre los procedimientos realizados y las conductas a seguir sobre actividades preventivas.

Las fichas se archivan en el dispensario, clasificadas por barrios y según el seguimiento específico que se deba dar al niño/a.

La cumplimentación adecuada y exhaustiva de los datos en la ficha de seguimiento permite detectar la presencia de problemas de salud.



P.I.S.I.S.
Programa Integral de salud infantil sustantivo
بمبادرة المجلس البلدي للصحة العامة

Nombre del niño/a: اسم الطفل/التي

Nombre de la madre: اسم الأم

Sexo: Macho Hembra

Fecha nacimiento: / / تاريخ الميلاد

Lugar del parto: Hospital المنزلي
 Dispensario العيادة
 Zona أخرى
 Barrio أخرى

Waves: الكهنة
Barrio: الحي
Barrio: الحي

Registro de vacunas

	0-1 mes	2 mes	4 mes	6 mes	9 mes	18 mes	6 años	14 años
BCG	<input type="checkbox"/>							
VPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
DTP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
S						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Último vacunas: fecha: / /

Protocolos de nutrición

MAS TERAPEUTICO		MAM SUPLEMENTARIO		C CELIAQUIA	
Fecha entrada التاريخ	Fecha salida التاريخ	Fecha entrada التاريخ	Fecha salida التاريخ	Fecha entrada التاريخ	Test

Lactancia Aruela		Ghazala 6 a 36 meses		Challa 37 a 59 meses	
Fecha التاريخ	Cantidad de producto	Fecha التاريخ	Cantidad de producto	Fecha التاريخ	Cantidad de producto

2. HISTORIA CLÍNICA: ENTREVISTA CLÍNICA – EXPLORACIÓN FÍSICA

ENTREVISTA CLÍNICA

¿Quién realiza la entrevista?

La entrevista con la madre y/o la abuela la debe realizar la/el jefe de dispensario y/o la adjunta (dependiendo de las capacidades de cada dispensario).

El primer paso es saludar a la madre y/o abuela, ofrecerle asiento y preguntar cómo está la familia, etc. Cerrar la puerta, pedir la cartilla roja y coger la ficha de seguimiento del dispensario para comenzar la consulta.

Hay que recordar dirigirse al niño/a por su nombre. Siempre que se pueda hacerle participar utilizando un lenguaje apropiado a su edad, tratarlo con amabilidad, respetar su intimidad y darle seguridad durante toda la visita.

Aspectos clínicos

En la primera visita tanto en la jaima como en el dispensario se preguntará sobre el embarazo y el parto.

En las visitas de seguimiento (ver anexo 1) se interrogará sobre la existencia de algún problema de salud desde la última visita: tos, vómitos, fiebre, diarrea, falta de apetito, aspecto orina, irritabilidad, u otros aspectos relevantes tal como los establecidos en la cartilla roja y en la hoja de contenido de cada visita (anexo 2).



Aspectos nutricionales

Se preguntará sobre la alimentación habitual del niño/a. Anotando las respuestas en la hoja de observaciones adjunta a la ficha de seguimiento PISIS.

El siguiente cuestionario puede servir de orientación para hacer la entrevista:

ANTES DE LOS 6 MESES (CENTRAR LAS PREGUNTAS EN LA LACTANCIA MATERNA)

¿Cómo está alimentando a su bebé?

Lactancia materna - Lactancia artificial - Mixta

Si le da el pecho al niño/a:

¿Cuántas veces le da de mamar durante el día?

¿Le da pecho durante la noche? ¿Cuántas veces?

¿Le ofrece algún otro tipo de líquido o alimento?

Si no le da pecho:

¿Qué le da en lugar de su leche? ¿Usa biberón?

¿Cómo lo prepara? ¿Cuántas veces al día le da?

DESPUÉS DE LOS 6 MESES (CENTRAR LAS PREGUNTAS EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA)

¿Come ya otro tipo de alimentos el niño/a?

¿Cuántas veces le da el pecho? ¿Se lo da antes o después que los otros alimentos?

¿Consume huevo, carne, pescado o vísceras? ¿Con qué frecuencia a la semana?

¿Consume frutas o verduras? ¿Con qué frecuencia a la semana?

¿Qué usa para dar de comer al niño/a? ¿Usa biberón?

¿El niño/a recibe su propia porción? ¿Quién le da de comer al niño/a y cómo? ¿Come sólo?

¿Cuántas veces por día? ¿Cuándo introdujo por primera vez los alimentos? ¿Cuáles y a qué edad?

¿Qué comió el día de ayer? Desayuno, Media mañana, Almuerzo, Media tarde, Cena, Después

Si el niño/a ha estado enfermo: ¿Hubo algún cambio en su alimentación?

Si lo hubo, ¿Cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente?

Hay que comparar las respuestas de la madre con los consejos que se deben dar para la alimentación. Para más información consultar anexo 4, 5, 6.

Recordar darle a la madre y/o abuela un folleto con la dieta recomendada para cada edad.

Todos los datos de la entrevista clínica deben ser anotados en la cartilla roja y en la ficha de seguimiento.

EXPLORACIÓN FÍSICA

¿Quién realiza la exploración física?

El o la jefe de dispensario (con ayuda de la adjunta) y según las pautas establecidas para cada edad (anexo 1).

Aspectos a valorar

En el siguiente cuadro se señalan los aspectos que deben valorarse en cada visita. No hay que olvidar explicar con palabras sencillas a la madre y/o abuela, y al niño/a si ya puede entenderlo, el procedimiento que se seguirá durante el examen físico.

EN TODAS LAS VISITAS DEBE EXPLORARSE:	
ASPECTO GENERAL	bueno, aspecto de enfermo, activo, decaído...
PIEL	aspecto, manchas, lesiones
OJOS, OÍDOS Y BOCA	ojos rojos o irritados, supuración oído, lesiones en la boca (manchas blancas...)
RESPIRACIÓN	rápida o lenta, superficial...
ABDOMEN	aspecto, hernias, bultos...
GENITALES	aparición externa. En varones: palpar presencia de ambos testículos en escroto, observar orificio de la orina en el centro del glande.
LOCOMOTOR	se sienta a la edad adecuada, se tiene en pie, camina...

OTROS ASPECTOS A VALORAR EN CADA VISITA

Perímetro craneal

La medida del perímetro craneal, si este es más grande o más pequeño para la edad del niño/a, puede indicar una malformación cerebral.

El desarrollo psicomotor

A medida que va creciendo el niño/a consigue diferentes logros para adaptarse a la vida. Una valoración de si se están consiguiendo estas funciones en cada etapa nos permite detectar si hay algún problema en su desarrollo (ver anexo 1).

1 mes.

Durante la mayor parte del día solo levanta la cabeza unos instantes



2 meses.

Sonríe a la madre, levanta intermitentemente la barbilla de la cuna



3 meses.

Tiene las manos abiertas, levanta la barbilla y el pecho de la cuna y se fija en sus manos.



6 meses.

Se mantiene sentado con ayuda. Inicia ma, ca, ba...



9 meses.

Pasa de decúbito a sentado, se arrastra, da palmadas e inicia la masticación



12 meses.

Gatea o camina con ayuda o sin ayuda y ya comprende varias palabras.



18 meses.

Imita, identifica 3 o 4 partes del cuerpo, tiene una jerga importante

El estado vacunal (anexo 3)

Se comprobará que están puestas todas las vacunas correspondientes a la edad del niño/a. Si falta alguna se citará a la madre para el próximo día de vacunación en el dispensario, registrando la cita para confirmar posteriormente que se ha vacunado.

Evaluación de la anemia (ver páginas 67-73)

Realizar la prueba de la hemoglobina a todos los niños/as que acuden al dispensario a los 12 meses y a los 3 y 5 años.

Aparte de los test de laboratorio, los signos clínicos más frecuentes a evaluar son la palidez de conjuntivas y mucosas, de palmas de manos y plantas de los pies, sensación de cansancio prolongado, falta de apetito, sudoraciones, sed, extremidades frías, ahogos o dificultad respiratoria, soplos cardiacos y/o pulso rápido.

La anemia se clasifica en leve, moderada o grave según los valores de Hemoglobina en sangre.

CLASIFICACIÓN DE LA ANEMIA SEGÚN LOS VALORES DE HEMOGLOBINA EN SANGRE

ANEMIA	HEMOGLOBINA
Leve	10-10,9 g/dl
Moderada	7-9,9 g/dl
Grave	< 7 g/dl

Los signos de anemia y el resultado de la prueba de Hemoglobina deben anotarse en la cartilla roja y en la ficha de seguimiento del dispensario.

3 VALORACIÓN NUTRICIONAL

1. ¿QUIÉN REALIZA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL?

Las medidas antropométricas las realizará la adjunta del dispensario con la ayuda de la jefa de barrio correspondiente.

2. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Las medidas antropométricas tienen valor si se miran periódicamente, porque indican la evolución del niño/a y permiten detectar alteraciones en su estado nutricional o en su crecimiento.

Hay cuatro parámetros a observar:

Verificación de la presencia de edemas bilaterales (pág. 24).

Medida del Perímetro Braquial (**PB/MUAC**): niños/as entre 6 meses y 5 años (pág. 25).

Toma del peso (pág. 26).

Toma de la talla (pág. 27).

A partir de estos parámetros el jefe de dispensario evaluará el estado nutricional del niño/a y decidirá la conducta a seguir. El esquema al final del capítulo (página 33) indica los procedimientos a seguir a partir de las medidas, evaluaciones y cálculos realizados.



VERIFICACIÓN DE LOS EDEMAS BILATERALES

Con el niño/a sentado sobre las piernas de la madre, presionar sobre el dorso de ambos pies con los pulgares contando al mismo tiempo "ciento veintiuno, ciento veintidós, ciento veintitrés"

Levantar los pulgares y verificar si ha quedado la huella de la presión (fóvea) sobre el dorso del los pies del niño/a.

Si no hay huella, no tiene edema. Seguir con la valoración del **PB/MUAC**

Si ha quedado la huella en los dos pies, hay edema. Derivar al hospital.

**A todos los niños/as se les debe mirar si tienen edema en los dos pies.
Si ha quedado la huella en los dos pies, hay edema.
Derivar al hospital.**

PASOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS EDEMAS



PASO 1:

Presión sobre el dorso de los pies, contar 121, 122, 123



PASO 2:

Observación de la existencia de marcas.

DERIVAR AL HOSPITAL

MEDIDA DEL PERÍMETRO BRAQUIAL (PB O MUAC)

Los términos **Perímetro Braquial (PB)** y **MUAC** significan lo mismo y pueden usarse indistintamente. A continuación se describe el procedimiento a seguir para medir el **MUAC**:



1. Doblar el brazo izquierdo por el codo
2. Poner la parte de la ventana de la cinta **PB/MUAC** a nivel del hombro
3. Fijar la parte de la ventana de la cinta **PB/MUAC** en la parte externa del hombro y extenderla hasta el codo, desde la punta del codo doblar la cinta por la mitad hasta la ventana del hombro, calculando así la mitad del brazo



4. Marcar el sitio del brazo donde se encuentra la mitad

5. Poner el brazo del niño/a extendido al lado del cuerpo
6. Poner la ventana de la cinta **PB/MUAC** sobre el brazo en el lugar marcado anteriormente



7. Pasar la punta de la cinta por la ventana y estirar suavemente
8. Asegurar que la cinta no está ni muy apretada ni muy suelta
9. Observar el color que aparece entre las flechas en la ventana de la cinta
10. Anotar el color (y cifra) observado en la cartilla roja y en la ficha de seguimiento del dispensario.

PB/MUAC VERDE	ES IGUAL O MAYOR DE 12,5 cm	PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL PISIS
PB/MUAC AMARILLO	ENTRE 11,5 Y 12,5 cm	PROCEDIMIENTOS DEL PISIS Y PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN AGUDA MODERADA (MAM)
PB/MUAC ROJO	MENOR DE 11,5 cm	PROCEDIMIENTOS DEL PISIS Y PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN AGUDA SEVERA (MAS).

Se debe medir el PB/MUAC a todos los niños/as entre 6 meses y 5 años que acudan al dispensario, siempre que no presenten edemas.

EL PESO

El peso es un indicador del crecimiento, y nos dice si está recibiendo la alimentación adecuada y/o si está enfermo o no. Los niños/as pierden peso en los primeros días del nacimiento pero después deben ir aumentando progresivamente.

Todo niño/a debe ganar peso entre dos visitas consecutivas.

Es importante pesar al niño/a sin ropa y sin pañal. La persona que pesa DEBE lavarse las manos.

CON PESA ROMANA (BALANZA SALTER):

Colgar la pesa romana de una viga o del quicio de una puerta de forma que el niño/a no toque ni la pared ni el suelo.

El cuadrante (reloj de la báscula) debe quedar a la altura de los ojos de la persona que va a leer el peso.

Es necesario calibrar la balanza cada vez que se va a utilizar. Para ello, con el cestito azul colgado poner a 0 la aguja del reloj con la ruedecilla que hay en la parte superior de la balanza.

TOMA DEL PESO CON LA PESA ROMANA (BALANZA SALTER)



Balanza a la altura de los ojos.

La balanza se equilibra con el cestillo colgado (sin el niño/a).

Niño/a suspendido con brazos libres y sin punto de apoyo.

**El peso del niño/a se debe anotar en la cartilla roja y en la ficha de seguimiento en kilogramos, con el detalle de los gramos después de la coma (,) o el punto (.).
Por ej.: 5,400 kg ó 5.400 kg.**



LA TALLA

Aunque el peso es el primer indicador de la salud del niño/a, si un problema de salud se prolonga en el tiempo puede afectar a su altura. Las palabras talla, estatura, altura y longitud significan lo mismo y pueden usarse indistintamente.

Un niño/a NUNCA encoge (su talla nunca es menor que la de la toma anterior).

Niños/as de menos de 85 cm de altura (menores de 2 años):

Se deben medir acostados: el niño/a debe estar bien estirado y con las nalgas, la espalda y los talones tocando la base del tallímetro, la cabeza del niño/a debe tocar la parte superior.

TOMA DE LA TALLA A UN NIÑO/A MENOR DE 85 cm DE ALTURA



Pies apoyados contra el cursor.

Rodillas y piernas estiradas.

Niño/a apoyado recto a lo largo de la base.

Cabeza recta apoyada contra la base y mirando hacia arriba.

Niños/as de más de 85 cm (a partir de 2 años de edad):

Se deben medir de pie: hay que asegurar que el niño/a se mantiene recto y firme, con los talones, las nalgas y los hombros tocando el tallímetro.

TOMA DE LA TALLA A UN NIÑO/A CON MÁS DE 85 cm DE ALTURA



Cursor apoyado en la cabeza.

La cabeza, espalda, nalgas y pantorrillas deben estar apoyadas.

Rodillas juntas y las manos de la persona que talla apoyadas bajo el mentón, estómago y pies.



El ojo del niño/a tiene que estar alineado con la oreja.

Brazos a lo largo del cuerpo.

La talla del niño/a se debe anotar en la cartilla roja y en la ficha de seguimiento en centímetros, con el detalle de los milímetros después de una coma (,) o de un punto (.). Por ejemplo: 87,5 cm. o 87.5 cm.

3. VALORACIÓN DE LOS ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS (PESO Y TALLA SEGÚN EDAD)

¿QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN DE LOS ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS?

Para determinar el estado nutricional del niño/a y decidir la conducta a seguir, **el jefe/a de dispensario y/o su adjunto/a** deben valorar, a partir de los parámetros medidos, los índices antropométricos.

Para cada niño/a, según su edad, pueden utilizarse tres de las siguientes gráficas:

GRÁFICAS DE PESO – EDAD:

Niños entre 0 y 2 años
Niños entre 2 y 5 años
Niñas entre 0 y 2 años
Niñas entre 2 y 5 años

GRÁFICAS DE PESO – TALLA:

Niños entre 0 y 2 años
Niños entre 2 y 5 años
Niñas entre 0 y 2 años
Niñas entre 2 y 5 años

GRÁFICAS DE TALLA – EDAD:

Niños entre 0 y 2 años
Niños entre 2 y 5 años
Niñas entre 0 y 2 años
Niñas entre 2 y 5 años

Ver en la Guía de seguimiento y registro de PISIS como determinar el índice en las gráficas de crecimiento.

GRÁFICA PESO – EDAD (P-E):

Permite seguir la evolución del peso del niño/a a medida que éste se va haciendo mayor e identificar los niños/as con bajo peso (cuando el índice P-E –punto de corte entre el peso y la edad- está en la zona sombreada de la gráfica: rosa en las niñas y azul en los niños).



GRÁFICAS PESO – TALLA (P-T):

Identifica la malnutrición aguda, es decir, los niños/as que están demasiado delgados para su altura:

Un niño/a se considera **malnutrido agudo severo (MAS)** si su P-T está dentro de la zona roja de la gráfica

Un niño/a se considera **malnutrido agudo moderado (MAM)** si su P-T se encuentra dentro de la zona amarilla de la gráfica

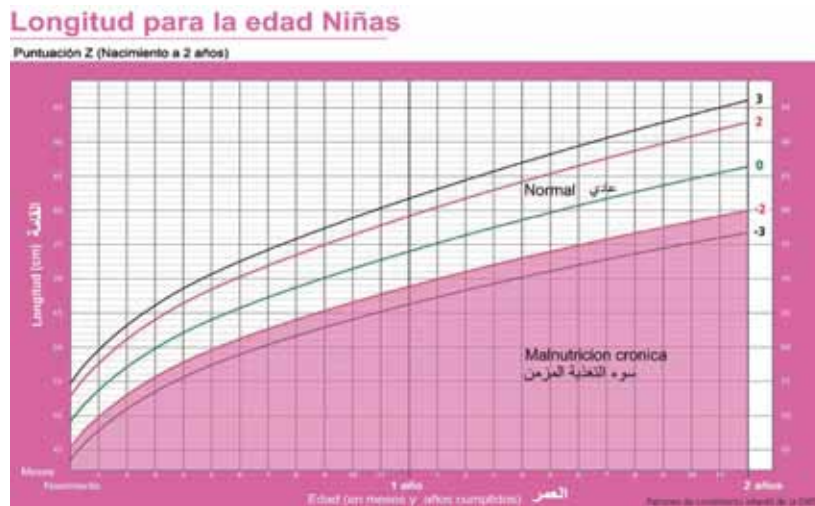




GRÁFICA TALLA - EDAD (T-E):

Identifica la malnutrición crónica, es decir, los niños/as que son demasiado bajitos para su edad:

Cuando su talla-edad (T-E) está dentro de la zona azul o rosa de la gráfica.

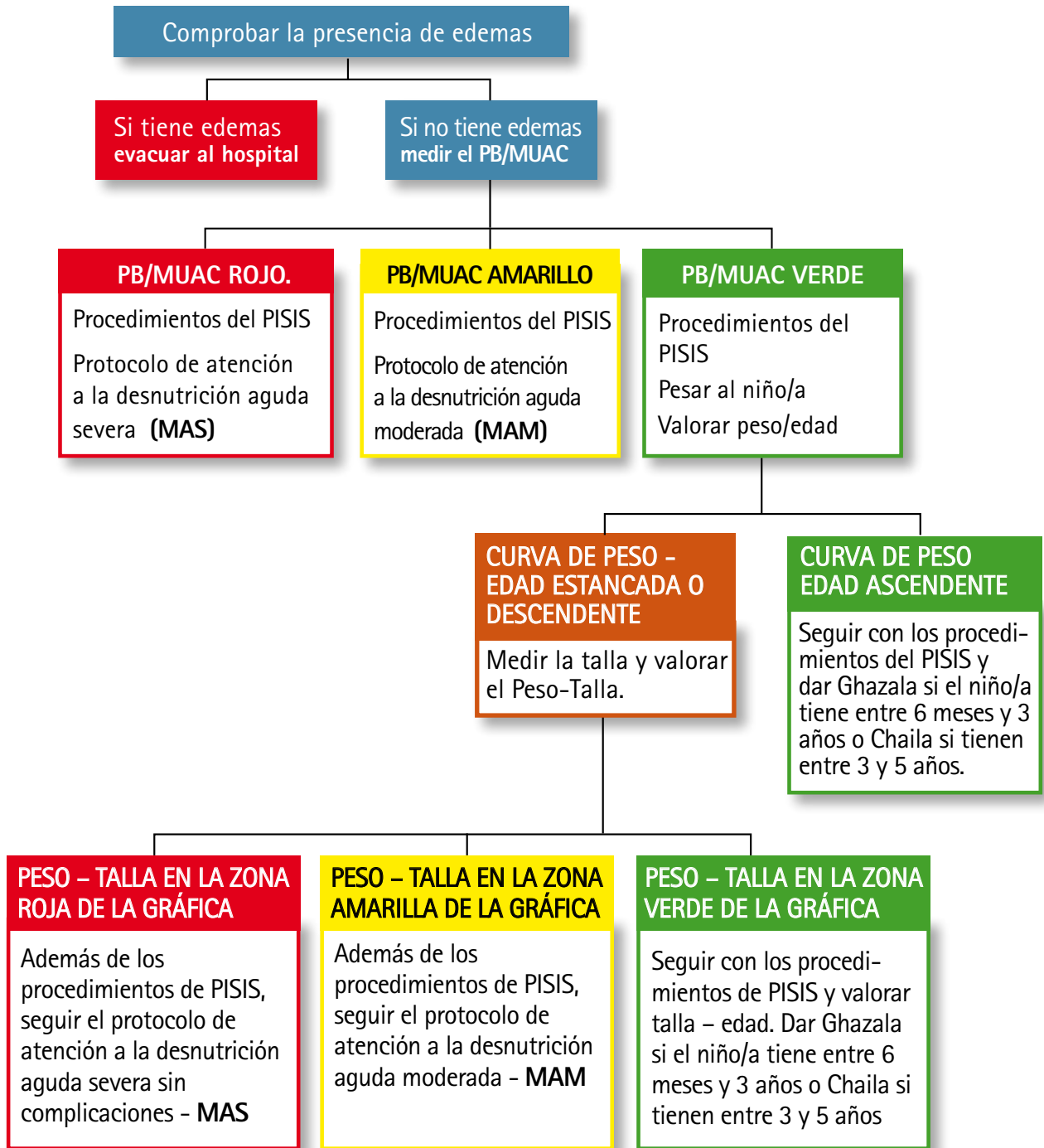


Cuando un niño/a presenta malnutrición crónica y malnutrición aguda a la vez, hay que tratar primero la malnutrición aguda.



4 CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN EL RESULTADO DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL

En función del resultado de los parámetros e índices, el/la jefe de dispensario y/o su adjunta decidirán los pasos a seguir para la atención del niño/a.





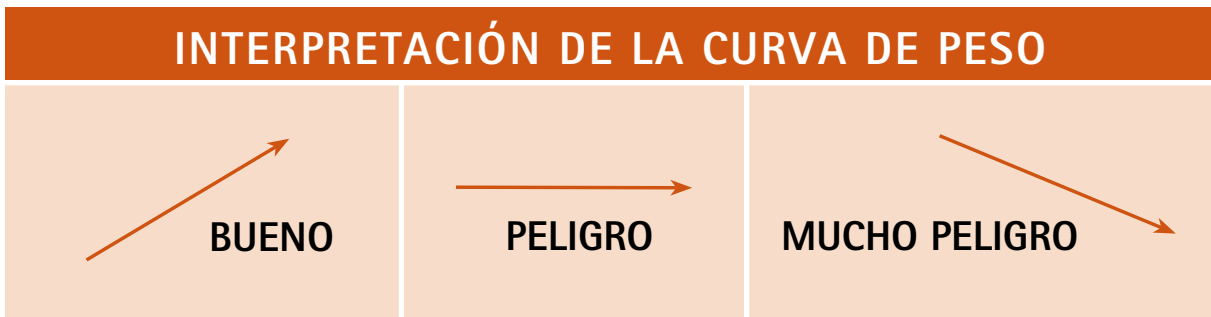
4a CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE ESTANCAMIENTO O PÉRDIDA DE PESO

1. ¿CUÁNDO HAY ESTANCAMIENTO O PÉRDIDA DE PESO?

En cada revisión valorar si el niño/a sigue aumentando de peso (curva ascendente), si se estanca de peso (curva plana) o si pierde peso (curva descendente).



INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE PESO



2. PROCEDIMIENTOS A SEGUIR EN CASO DE ESTANCAMIENTO O PERDIDA DE PESO

Si la curva se aplana o pierde peso en dos visitas consecutivas, hay que preguntarse el motivo por el cual esto sucede para poder corregirlo. Los procedimientos a seguir son:

Valoración del índice Peso – Talla.

Encuesta alimentaria.

Historia clínica detallada y exploración física.

Consejos alimentación.

Revaloración: Citar en 7/15 días para reevaluación.

Exámenes complementarios.

Grupo de apoyo (talleres lactancia materna e introducción de la alimentación complementaria).

1. VALORACIÓN DEL ÍNDICE PESO - TALLA

Todos los niños/as que no ganan o pierden peso entre dos visitas consecutivas (aún estando dentro de la zona normal de la curva P-E) deben tallarse para valorar su el índice P-T y su posible inclusión dentro de los protocolos de atención de la malnutrición aguda (protocolos **MAS** o **MAM**).

Si el niño/a no está dentro de los criterios de entrada en dichos protocolos igualmente deben investigarse las causas de ese estancamiento o pérdida de peso y continuar con los procedimientos de seguimiento dentro del PISIS.

2. ENCUESTA ALIMENTARIA

Aunque cuando se realiza la historia clínica ya se valora la alimentación habitual del niño/a, en caso de no ganancia de peso es importante insistir en este aspecto para averiguar si la lactancia materna o la ingesta de alimentos es inadecuada o insuficiente.

Volver a revisar el cuestionario sobre alimentación en la página 19 de esta guía.

En los lactantes, comprobar en el dispensario que la madre da el pecho correctamente: posición, tiempo de lactancia, agarre al pezón...

3. HISTORIA CLINICA DETALLADA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Investigar a través de la entrevista clínica y la exploración física la presencia de **enfermedades que justifiquen la pérdida o el estancamiento del peso**. Es normal que si un niño/a está enfermo disminuya su apetito y coma peor. Al terminar la enfermedad debería volver a comer bien y ganar peso de nuevo, por eso es importante volver a citar al niño/a en unos pocos días.

Descartar enfermedades agudas desde la última visita y en caso de presencia de diarrea, vómitos, infección respiratoria, otitis, fiebre... tratar según proceda (ver protocolo de manejo de procesos agudos más frecuentes en la página 75 de esta guía).

En niños/as mayores de 2 años, descartar enfermedad celíaca: antecedentes en familiares de primer grado, hinchazón de la barriga (distensión abdominal), diarrea prolongada (heces pastosas, abundantes y grasientas, no líquidas), etc. En caso de sospecha derivar al Hospital Nacional para realización de la prueba de la celiacía. Si esta es positiva, anotar en la cartilla roja y en la ficha de seguimiento e incluir el niño/a en el grupo de celiacía.

4. CONSEJO ALIMENTARIO

Ver consejos lactancia materna y alimentación complementaria en los anexos 4 y 6 de esta guía.

5. REVALORACIÓN: CITAR DE NUEVO AL NIÑO/A

Para valorar la evolución después de la realización de los procedimientos anteriores, se debe reevaluar al niño/a (realizar entrevista clínica y pesar):

En un recién nacido hasta 1 mes, control a los 7 días.

En niños/as mayores de 1 mes, cada 15 días.

Si estos niños/as no acuden a la nueva cita prevista, la jefa de barrio correspondiente debe realizar una visita domiciliaria a la jaima. Durante dicha visita, debe comprobar las condiciones de higiene y los hábitos alimentarios de la familia (ver capítulo de tareas de jefas de barrio en las jaimas en la página 95).

6. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Si en la nueva visita de seguimiento, el peso no ha evolucionado correctamente, solicitar exploraciones complementarias:

Parásitos en heces.

Análisis básico de orina para descartar infección urinaria.

Hemoglobina.

Tratar o derivar (al médico o al hospital) con el resultado de estas pruebas. Si todas ellas son normales, evacuar para descartar otro tipo de patologías más graves (cardiopatías, tumores, hipertiroidismo, diabetes, trastornos congénitos, parálisis cerebral, etc.).

7. GRUPOS DE APOYO

Invitar a la madre y/o abuela u otros familiares a los talleres de lactancia materna y alimentación complementaria (Revisar Guía Jefas de Barrio).



4b PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN CRÓNICA Y ANEMIA

1. ¿QUIÉNES SON LOS RESPONSABLES?

La jefa de barrio/adjunta con la ayuda de la secretaria del dispensario:

En rellenar la información específica en la ficha de seguimiento y en la cartilla roja del niño/a (anexo 2).

En el seguimiento del número de niños/as que están en el protocolo y organización de las citas.

En el seguimiento de la distribución mensual del producto, preparación de las raciones y preparación de las sesiones informativas sobre utilización del producto.

El/la jefe/a de dispensario y/o la adjunta al dispensario, al pasar consulta;

En el seguimiento de la evolución del niño/a según el protocolo del PISIS (anexo 1).

En completar la distribución del alimento con consejos sobre una alimentación adecuada.



2. LA MALNUTRICIÓN CRÓNICA

La malnutrición crónica se produce cuando el ritmo de desarrollo del niño/a es menor al normal para su edad.

Eso puede ser debido, entre otras causas, a una alimentación incorrecta, incluyendo la falta de vitaminas y minerales durante un periodo prolongado. El niño/a tendrá un desarrollo físico y psíquico inferior al que le correspondería por su edad.

El principal indicador de la malnutrición crónica es la talla (o altura o longitud) inferior a la correspondiente para su edad: el niño/a es bajito/a para su edad.

Para prevenir la malnutrición crónica, el niño/a tiene que ser alimentado adecuadamente, de forma variada y suficiente, y debe consumir los alimentos preparados de una forma higiénica. En los anexos del 4 al 8 se describen los consejos para una alimentación adecuada.

Cuando los alimentos disponibles no son suficientes o no tienen la variedad adecuada para asegurar el consumo de todo aquello que los niños/as pequeños necesitan para un desarrollo normal, hay que suministrarles lo que se llama un complemento alimenticio.

Los complementos alimenticios NO reemplazan la lactancia materna ni la alimentación normal con la familia, sino que son un alimento adicional para mejorar el crecimiento del niño/a.

Estos productos se dirigen a los niños/as entre 6 meses y 5 años ya que son los más vulnerables.

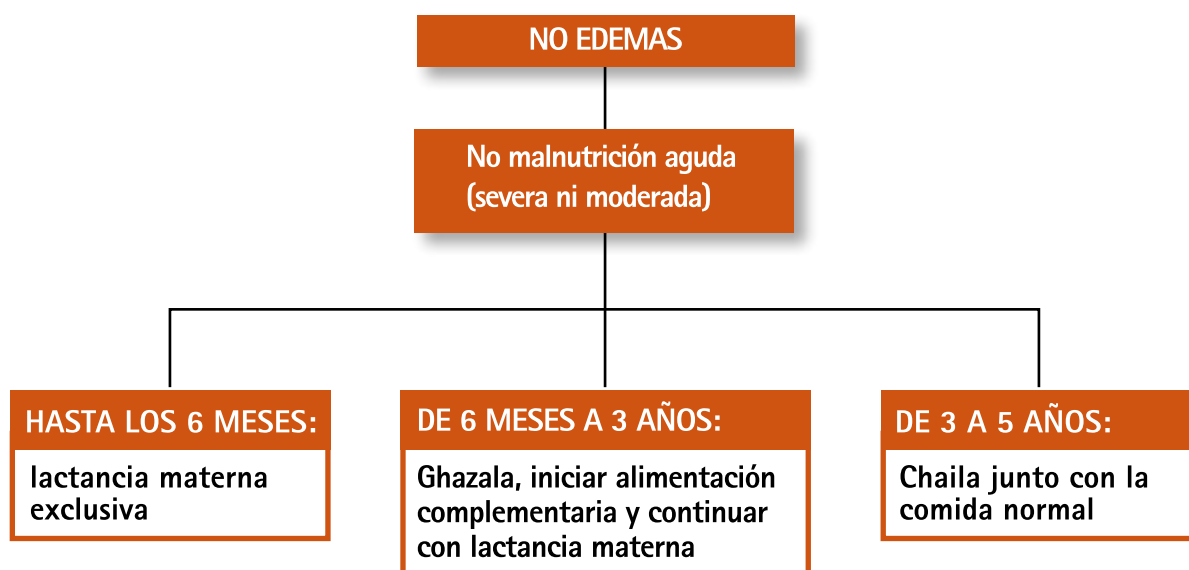
El producto nunca debe ser compartido con otros niños/as. Si el producto se comparte, el niño/a no recibirá la cantidad de vitaminas y minerales necesarios para su desarrollo.

Para contribuir a evitar que el niño/a tenga malnutrición crónica y/o anemia se deberá seguir el siguiente protocolo:

Se deberán seguir las revisiones en las fechas previstas (anexo 1).

Los niños/as mayores de seis meses, deberán acudir una vez al mes al dispensario a recibir la ración mensual de Ghazala o Chaila, dependiendo de la edad.

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE MALNUTRICIÓN CRÓNICA Y ANEMIA



Todos los niños/as entre 6 meses y 5 años que no estén siendo tratados en los protocolos de malnutrición aguda (MAS o MAM) deben recibir un complemento alimenticio (Ghazala o Chaila, según la edad).

3. COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS Y FORTIFICADOS

Existen dos tipos de complementos alimenticios y fortificados para los niños/as en los dispensarios:

Ghazala para todos los niños/as de seis meses a tres años de edad.

Chaila para todos los niños/as de 3 a 5 años de edad.

GHAZALA

Es una pasta dulce que contiene vitaminas y minerales, leche y otros productos, especialmente diseñada para niños/as pequeños/as. Además, es una fuente importante de energía, ayuda a que el niño/a esté más activo y le protege de algunas enfermedades.

Ghazala es sólo para niños/as de 6 meses a 36 meses. No se debe dar ni a niños/as mayores de 3 años, ni a niños/as menores de 6 meses.

El Ghazala¹ debe distribuirse a los niños/as cuando vayan a revisión al dispensario.

No debe darse si están en el protocolo de **Malnutrición Aguda Severa (MAS)** ni el de **Malnutrición Aguda Moderada (MAM)**. Estos casos ya están recibiendo un producto más específico para sus necesidades. Sólo cuando mejoran y salen del protocolo (**MAS o MAM**), si tienen la edad recomendada, se les debe dar Ghazala.

Se entrega a la familia una vez al mes 15 bolsitas por niño/a.

Debe tomarse todos los días hasta que se acabe, sin tomar nunca más de una al día. Si un día no se toma, se puede tomar al día siguiente, siempre y cuando se acaben las 15 bolsitas a lo largo del mes.

Se deben entregar en el dispensario el día de la distribución mensual todas las bolsitas vacíos del mes anterior para asegurarse de que el niño/a está consumiendo el producto. En el dispensario se recogerán y tirarán con el resto residuos plásticos.

Ver Mensajes para las madres en anexo 7



1. Su nombre comercial es NutriButter®.

CHAILA

Chaila¹ es un polvo seco, sin sabor, que contiene vitaminas y minerales que ayudan al niño/a en su desarrollo, le ayudan a tener más energía, y le protegen de algunas enfermedades. Es un producto similar al Ghazala, pero con una composición distinta, y destinado a niños/as un poco mayores y a mujeres. El producto nunca debe ser compartido con otros niños/as. Si el producto se comparte, el niño/a no recibirá la cantidad de vitaminas y minerales necesarios para su desarrollo.



Chaila es un producto destinado a niños/as entre 3 y 5 años. No se debe dar a niños/as menores de 36 meses, ni a mayores de 5 años.

Chaila viene en un sobrecito que contiene la dosis diaria y debe consumirse mezclado con la comida caliente, nunca directamente del sobre.

El producto se distribuye a todos los niños/as de este grupo de edad que no estén siendo tratados en ningún protocolo nutricional de malnutrición aguda (**MAM o MAS**).

Se entrega a la familia una vez al mes 15 sobrecitos por niño/a.

Debe tomarse todos los días hasta que se acabe, sin tomar nunca más de uno al día. Si un día no se toma, se puede tomar al día siguiente, siempre y cuando se acaben las 15 sobrecitos a lo largo del mes.

Se deben entregar en el dispensario el día de la distribución mensual todos los paquetes vacíos del mes anterior para asegurarse de que el niño/a está consumiendo el producto. En el dispensario se recogerán y tirarán con el resto residuos plásticos.

Ver Mensajes para las madres en anexo 8

¹ Su nombre técnico es polvos de micronutrientes.

DOSIFICACIÓN DE COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS Y FORTIFICADOS

DOSIFICACIÓN DE COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS Y FORTIFICADOS

Niños/as entre 6 y 35 meses que no están en protocolo MAM ni MAS .	Ghazala	Dosis mensual: 15 bolsitas a tomar todos los días hasta que se acabe, sin tomar más de una bolsita al día.
Niños/as entre 3 y 5 años que no están en protocolo MAM ni MAS .	Chaila	Dosis mensual: 15 sobrecitos a tomar todos los días hasta que se acabe, sin tomar más de un sobrecito al día.
Mujeres embarazadas y madres lactantes.	Chaila	Dosis mensual: 30 sobrecitos a tomar todos los días hasta que se acabe, sin tomar más de dos sobres al día.

CONSEJOS IMPORTANTES PARA LA DISTRIBUCIÓN DE LOS COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS Y FORTIFICADOS

Cuando el niño/a empieza a recibir la fortificación alimentaria, es necesario escribir la fecha de comienzo tanto **en la ficha de seguimiento en el dispensario como en la cartilla roja de PISIS**, en la hojita correspondiente, o en la hoja de observaciones del antiguo formato (ver Guía sobre registro y seguimiento).

La distribución se puede realizar a todos los niños/as de la daira un mismo día o en dos días. Por ejemplo, un día Ghazala a los menores de tres años y otro día Chaila a los niños/as de tres a cinco años (y a las mujeres).

Se debe aprovechar el reparto de Ghazala o Chaila para hacer la revisión de cartilla roja y completar las revisiones de PISIS que falten. También revisar el estado de vacunación y derivar para completar si falta alguna. Mientras una de las personas encargadas realiza la distribución, otra debe darles las explicaciones correspondientes a las madres y en su caso, realizar una demostración de uso.

LOS MENSAJES MÁS IMPORTANTES SON:

CUANDO EL NIÑO/A RECIBE EL PRODUCTO FORTIFICADO LA PRIMERA VEZ:

Es importante insistir en el objetivo de la distribución y explicar bien qué es el producto.

Es necesario explicar claramente cómo se utiliza el producto y qué es lo que no se debe hacer. (anexo 7 y 8).

Cada vez que se tenga a un grupo de madres con niños/as que van a iniciar la toma del producto se las debe reunir y realizar una demostración práctica de su uso, preparando la comida, y dándosela a un niño/a. Recordar que hay que dejar que los niño/as prueben el producto.

Explicar que como consecuencia de que el producto contiene vitaminas y minerales, al principio las heces pueden ser más oscuras y el niño puede tener heces más duras o blandas; esto no debe ser motivo de preocupación a no ser que el niño/a sufra diarrea aguda.

Recordar en las primeras visita cómo consumir el producto en casa (anexos 7 y 8).

En las siguientes visitas, es importante recordar:

El niño/a debe tomar sólo su ración diaria, pero debe consumirla todos los días hasta que se acabe el producto. Si un día no se toma, se puede tomar al día siguiente, pero nunca hay que tomar más de una bolsita o un sobrecito al día.

El producto no debe ser compartido con otros miembros de la familia.

Recoger los envoltorios usados del producto.

Responder preguntas sobre el uso del producto y su consumo, o eventuales efectos secundarios sobre el niño/a.

4c PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA MALNUTRICIÓN AGUDA SEVERA SIN COMPLICACIONES

1. ¿QUIÉNES SON RESPONSABLES DE ESTE PROTOCOLO?

LA JEFA DE BARRIO:

En la detección de casos.

En el seguimiento del número de niños/as que están en el protocolo y organización de las citas.

EL/LA JEFE/A DE DISPENSARIO Y/O LA ADJUNTA CON LA AYUDA DE LA SECRETARIA DEL DISPENSARIO, AL PASAR CONSULTA:

En rellenar la información específica en la ficha de seguimiento y en la cartilla roja del niño/a.

En el seguimiento del alimento (PlumpyNut®) que es distribuido semanalmente en la preparación de las raciones.

En el seguimiento de la evolución del niño/a en la comprobación de criterios de admisión y/o salida.

En la comprobación de las condiciones en las que el niño/a está consumiendo el producto y en dar consejos sobre alimentación e higiene.

2. CRITERIOS DE ADMISIÓN Y ALTA

Este protocolo se refiere al tratamiento de la **malnutrición aguda severa (MAS)** en niños/as entre 6 meses y 5 años. Puede también aplicarse a niños/as mayores si existen criterios clínicos o antropométricos que lo justifiquen y bajo supervisión médica.

Los niños/as que están malnutridos menores de 6 meses deben remitirse directamente al hospital. El **PB/MUAC** no sirve para valorar su estado nutricional y, además, el PlumpyNut® no puede administrarse a niños/as por debajo de los 6 meses (o por encima de 6 meses si pesa menos de 3,5 kg). Estos niños/as precisan tratamiento con leches terapéuticas especiales que solo se suministran en el hospital.

SE CONSIDERA QUE UN NIÑO/A ESTÁ MALNUTRIDO AGUDO SEVERO SI:

Presenta edemas en los dos pies y/o

Tiene un **PB/MUAC** por debajo de 11,5 cm y/o

Tiene un Índice **Peso - Talla (P-T)** dentro de la zona roja de la gráfica (por debajo de -3DS)

CRITERIOS DE ADMISIÓN AL PROTOCOLO MAS EN DISPENSARIOS

NUEVAS ADMISIONES: niños/as 6-59 meses y/o peso \geq 3,5kg	PB/MUAC rojo (inferior a 11,5 cm) y/o Índice PESO- TALLA en zona roja de la gráfica (\leq -3DS)
TRANSFERIDO DESDE EL PROTOCOLO MAM	Niño/a admitido en el Protocolo de Malnutrición aguda moderada (MAM), empeora y cumple criterios de Malnutrición aguda severa (MAS) PB/MUAC inferior a 11,5 cm y/o P-T en zona roja de la gráfica (\leq -3DS)
REGRESO DEL HOSPITAL	Niño/a que ha sido tratado de MAS con complicaciones en el Hospital y regresa al dispensario para acabar el tratamiento
OTRAS ADMISIONES	Niños/as de edad superior a 5 años con criterios clínicos o antropométricos de MAS

NOTA: El símbolo \leq significa "menor o igual"

Cuando el niño/a se considera curado de su MAS entra automáticamente en el protocolo de atención de la malnutrición aguda moderada MAM (ver capítulo siguiente para más información).

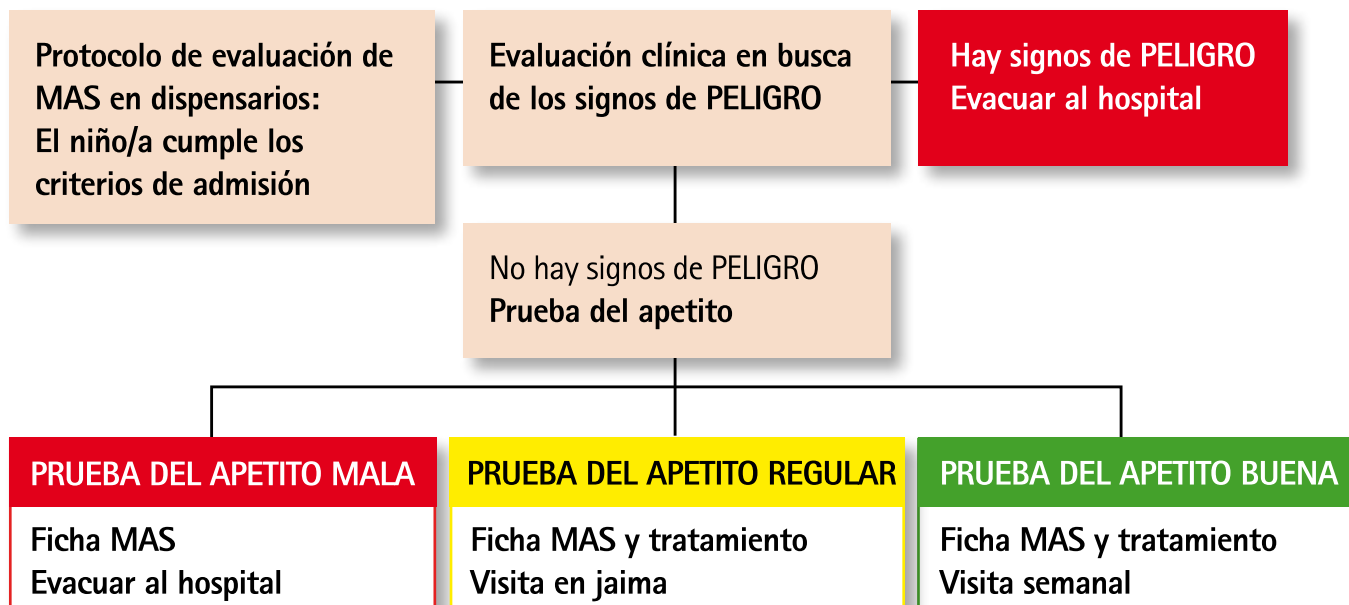


CRITERIOS DE ALTA DEL PROTOCOLO MAS EN DISPENSARIOS

CURADO: EL NIÑO/A PASA AL PROTOCOLO DE MALNUTRICIÓN AGUDA MODERADA MAM	<p>SI EL NIÑO/A ENTRÓ CON CRITERIO ADMISIÓN PB: se considerará curado de malnutrición aguda severa cuando tenga un PB/MUAC mayor de 11.5 cm, con curva de peso ascendente.</p> <p>SI EL NIÑO/A ENTRÓ CON CRITERIO ADMISIÓN PESO- TALLA: se considerará curado de malnutrición aguda severa cuando su índice de Peso -Talla se encuentre en la zona amarilla o verde de la gráfica durante dos visitas consecutivas.</p> <p>En todos los casos, el niño/a tiene que mostrar buen apetito y ausencia de enfermedad grave y haber seguido el tratamiento al menos durante 2 meses.</p> <p>Todo niño/a "curado" de MAS pasa automáticamente al protocolo MAM</p>
ABANDONO	Ausente durante 2 visitas seguidas se declara abandono a la tercera ausencia
FALLECIDO	Fallecido mientras está siendo tratado de MAS
EVACUACIÓN AL HOSPITAL	El niño/a presenta signos de MAS complicada o edemas y precisa ser evacuado al Hospital

3. PROCEDIMIENTOS DE ADMISIÓN AL PROTOCOLO MAS

CONDUCTA A SEGUIR PARA DECIDIR LA ADMISIÓN EN EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN MAS



REGISTRO: EN LA FICHA DE SEGUIMIENTO INDIVIDUAL DE MAS

Rellenar todos los datos de registro y las casillas correspondientes a la primera visita. Esta ficha se deberá adjuntar a la ficha de seguimiento del PISIS, en el espacio del archivador reservado para niños/as en protocolo **MAS**.

HISTORIA CLÍNICA: ENTREVISTA Y EXAMEN FÍSICO

Aunque la historia clínica del niño/a se debe haber hecho en un paso anterior a este (ver capítulo 2 sobre procedimientos generales del PISIS), en el caso de los niños/as con **MAS** hay que prestar especial atención a si ha presentado alguna enfermedad en los últimos días, la alimentación que recibe el niño/a, el estado vacunal y los cuidados que recibe.

Tanto en la primera visita como en las sucesivas de control, hay que prestar especial atención a los signos de alarma (recomendar visita domiciliaria) y a los signos de peligro (evacuación al hospital para valoración médica y tratamiento hospitalario). Si el niño/a presenta signos de anemia hay que hacer la prueba de la hemoglobina.

La revisión física se debe hacer siguiendo las pautas del PISIS para cada edad, además en el caso de los niños/as con MAS hay que valorar:

Empezar la revisión poniendo el termómetro debajo de la axila de niño/a.

Mientras se esperan 5 minutos para el resultado de la temperatura, preguntar a la madre si desde la anterior revisión el niño/a ha tenido: tos, diarrea (más de 3 deposiciones líquidas), vómitos, cuantas veces orina al día, si tiene mucha sed o si ha habido otros problemas. Anotar la temperatura y las respuestas de la madre en la ficha de seguimiento de **MAS**.

Seguir el resto de indicaciones de la ficha de seguimiento y registrar:

Las respiraciones por minuto.

La presencia de tiraje o hundimiento del pecho.

Manos y pies fríos o calientes.

El estado de consciencia.

La valoración de los oídos: normal, dolor, supuración.

La valoración de la boca: normal, seca, aftas (llagas en la boca).

La valoración de la piel: normal, sana, úlceras/abscesos, piel muy seca.

La existencia de ganglios (bultos): a los lados del cuello, bajo los brazos, ingles (donde la pierna se junta con el abdomen).

Buscar la causa de la malnutrición (alimentación inadecuada en cantidad o calidad, enfermedad asociada, problemas sociales o económicos). Investigar las causas del mismo modo que se hace con los niños/as que pierden peso y si hay alguna causa que lo justifique tratarla (ver capítulo Conducta a seguir en caso de no aumento de peso y anexos con los protocolos de tratamiento de patologías frecuentes, pág. 75).

Si el niño/a presenta signos de peligro, hay que derivarlo al hospital para el tratamiento de su problema médico.

Si el niño/a no presenta signos de peligro, seguimos con la prueba del apetito.

EVALUACIÓN DEL NIÑO/A EN LA CONSULTA DE MAS

ASPECTOS A EVALUAR A PARTIR DE LA HISTORIA Y LA EXPLORACIÓN CLÍNICA:

si el niño/a no presenta ninguno de estos signos puede seguir con el tratamiento de la MAS en el Dispensario

SIGNOS	Signos de peligro Evacuación al hospital	Signos de alarma Visita domiciliaria
Edemas (Kwashiorkor)	Edema en los dos pies	
Edad	Menor de 6 meses	
Apetito o rechazo del alimento	Prueba del apetito mala (no termina la mitad de la ración por toma de PlumpyNut® o la rechaza)	Prueba del apetito regular (come más de la mitad de la ración de PlumpyNut®, pero no llega a tomarse tres cuartos.
Vómitos	Continuos	
Temperatura	Fiebre de 39°C o más Hipotermia menos de 35°C	Temperatura entre (37,9°C a 39°C)
Respiración rápida	· Si edad entre 6 y 12 meses - Más de 50 respiraciones/minuto · Si edad entre 12 y 59 meses - Más de 40 respiraciones/minuto	
Estado de hidratación	DESHIDRATACIÓN SEVERA Ausencia de orina, ojos secos, signo pliegue que no desaparece, fontanela hundida, boca seca, ojos hundidos	DESHIDRATACIÓN MODERADA (diarrea confirmada, vómitos, sudoración, fiebre y signos presentes) NUNCA TRATAR CON SRO/SOBI
Anemia	Muy pálido, dificultad respiratoria / Resultado hemoglobina < 7 g/dl	Palidez ligera/ Hemoglobina < 9,9 g/dl
Infecciones cutáneas	Abscesos de gran tamaño o lesiones cutáneas extendidas	Irritaciones cutáneas ligeras, sarna o eritema solar
Estado de consciencia	Muy débil, apático o inconsciente, convulsiones	Somnoliento o pasivo
Evolución del peso	Pérdida de peso durante 3 visitas seguidas	Pérdida de peso durante 2 semanas seguidas
	Peso sin cambios durante 5 visitas seguidas	Peso sin cambios durante 3 semanas seguidas
	Peso en la 3a semana más bajo que el día de admisión	
Seguimiento del calendario de visitas		Ausente una vez o más de una vez

NOTA: El símbolo < significa "menos de"

Prueba del apetito con PlumpyNut®

Antes de realizar la prueba, el niño/a debe tener las manos y la cara limpias, y la persona que va a ayudar a hacer la prueba, así como la madre, deben lavarse las manos. Utilizar un paño limpio.

ENSEÑAR A LA MADRE CÓMO:

Masajear el paquete de PlumpyNut® sin abrir para que el contenido se mezcle bien.

Abrir el paquete de PlumpyNut® con las manos sin tijeras ni cuchillos.

Darle al niño/a pequeñas cantidades de PlumpyNut® directamente del paquete y agua para beber.

No forzar la toma de PlumpyNut®. La primera vez el niño/a puede rechazarlo pero si se intenta de nuevo en un ambiente de tranquilidad, lo aceptará.

Con los niños/as más pequeños, se puede intentar poniendo un poco de PlumpyNut® en el seno de la madre o la propia madre dárselo con los dedos directamente en la boca.

PARA EVALUAR EL RESULTADO DE LA PRUEBA DEL APETITO:

Calcular la ración diaria de PlumpyNut® que le corresponde al niño/a.

Estimar la ración diaria que corresponde al niño/a según su peso.

Estimar la ración por toma.

Verificar la cantidad que el niño/a ha tomado durante la prueba y registrar en la ficha MAS:

B DE BUENO EN LA FICHA MAS

Si el niño/a ha tomado más de tres cuartos de la ración por toma de PlumpyNut®.
Seguir el protocolo.

R DE REGULAR EN LA FICHA MAS

Si el niño/a se toma más de la mitad de la ración por toma, pero no llega a tomarse tres cuartos.
Seguimiento más de cerca en la jaima.

M DE MALO EN LA FICHA MAS

Si el niño/a no termina la mitad de la ración por toma de PlumpyNut® o la rechaza,
Derivarlo al hospital para que reciba cuidados médicos.

4. TRATAMIENTO MÉDICO SISTEMÁTICO

PRIMERA VISITA (EN LA ADMISIÓN AL PROTOCOLO MAS):

Todos los niños/as deben recibir dos dosis al día del antibiótico Amoxicilina durante cinco días.

EN LA SEGUNDA VISITA:

Todos los niños/as mayores de un año deben recibir una dosis única de Albendazol, o de Mebendazol, si el primero no está disponible.

A LA SALIDA DEL PROTOCOLO MAS:

Todos los niños/as reciben una dosis única de vitamina A, según su edad o peso.

Verificar el seguimiento del calendario vacunal previsto.

Los niños/as mayores de 9 meses deben recibir la vacuna del sarampión (si no la tenían).

PROTOCOLO MÉDICO SISTEMÁTICO PARA NIÑOS/AS CON MAS EN EL DISPENSARIO

MEDICAMENTO	CUÁNDO	EDAD/PESO	DOSIS	PRESCRIBIR
Amoxicilina	Admisión	Todos los niños/as	50 mg/kg/día	2 veces al día durante 5 días
Albendazol (si disponible)	A la segunda visita	hasta 1 año	No administrar	
		entre 1 y 2 años	200 mg	Dosis única
		a partir de 2 años	400 mg	
Mebendazol (si Albendazol no disponible)	A la segunda visita	hasta 1 año	No administrar	
		entre 1 y 2 años	250 mg	Dosis única
		a partir de 2 años	500 mg	
Vitamina A	A la salida	6 meses a 1 año	100 000 UI	Dosis única*
		a partir de 1 año	200 000 UI	
Vacuna sarampión	Si el niño/a tiene 9 meses o más, asegurar que tiene puesta la vacuna del sarampión, y si no la tiene, administrarla. Además, comprobar que el niño/a sigue el calendario vacunal previsto para su edad.			

* No debe darse otra dosis si ha recibido una dosis en los 6 meses anteriores.

5. TRATAMIENTO NUTRICIONAL

RACIÓN DE PLUMPYNUT®

Cuando se ha comprobado que el niño/a come bien el PlumpyNut®, calcular cuántos paquetes hay que darle por día y semana según su peso.

RACIÓN DE PLUMPYNUT® PARA NIÑOS/AS CON MAS

PESO DEL NIÑO/A (kg)	PAQUETES POR DÍA	PAQUETES POR SEMANA
de 3,5 kg a 3,9 kg	1,5	11
de 4 kg a 5,4 kg	2	14
de 5,5 kg a 6,9 kg	2,5	18
de 7 kg a 8,4 kg	3	21
de 8,5 kg a 9,4 kg	3,5	25
de 9,5 kg a 10,4 kg	4	28
de 10,5 kg a 11,9 kg	4,5	32
más de 12 kg	5	35

Entregar los paquetes a la madre para una semana y dar consejos para el uso del PlumpyNut® en la jaima, comprobando que los ha entendido bien, haciéndole repetir los mensajes esenciales.



MENSAJES ESENCIALES SOBRE LA UTILIZACIÓN DEL PLUMPYNUT® EN CASA

El PlumpyNut® es a la vez un alimento y un medicamento destinado a los niños/as diagnosticados de malnutrición aguda severa. No se debe compartir con el resto de los niños/as ni con los otros miembros de la familia.

Los niños/as con malnutrición tienen poco apetito. Hay que darles de comer frecuentemente pequeñas cantidades de PlumpyNut® durante todo el día (si es posible hasta 8 veces al día). Insistir en que el niño/a coma la cantidad diaria calculada por el personal del dispensario.

Para alimentar al niño/a el PlumpyNut® es suficiente en cantidad y calidad.

Es necesario dar siempre el PlumpyNut® ANTES de las comidas (plato familiar). En cambio en los niños/as pequeños, hay que continuar con la lactancia materna de forma regular y DESPUÉS del pecho dar el PlumpyNut®.

Ofrecer al niño/a agua tratada frecuentemente MIENTRAS está comiendo el PlumpyNut®, sobre todo a los más pequeños que no saben hablar. Los niños/as tienen más necesidad de agua (tratada) de lo normal durante el tratamiento.

Antes de empezar a dar el paquete de PlumpyNut® hay que lavar las manos y la cara del niño/a con agua y jabón. También las manos de la madre, padre o abuela que ayuda a dar el PlumpyNut®.

Guardar los paquetes de PlumpyNut® en condiciones adecuadas: no deben estar expuestos al sol o al calor directo, tapándolos de las moscas.

Los niños/as malnutridos se enfrían más fácilmente. Cuando hace frío, hay que tapar al niño/a.

Cuando el niño/a tiene diarrea, es necesario seguir dándole de comer. Incluso hay que darle más comida y agua tratada.

6. SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS/AS CON MAS

Citar a la madre con el niño/a una vez cada semana, siempre el mismo día de la semana, hasta que cumpla los criterios de salida.

Durante esta visita semanal, DEBEN repetirse TODOS los procedimientos de la primera vez (incluyendo la prueba del apetito) y se deben marcar los resultados en la parte interna de la ficha de seguimiento de la **MAS**.

La talla se realizará una vez al mes (cada 4 semanas) y el índice peso-talla se calculará semanalmente con la última talla tomada. Una vez al mes, el peso y la talla del niño/a debe anotarse en la cartilla y en la ficha de registro del PISIS.

Los aspectos evaluados en cada cita semanal durante los meses que dure el tratamiento DEBEN permitir tomar decisiones al sanitario del dispensario. Si hay:

SIGNOS DE PELIGRO	Es preciso evacuar al niño/a al hospital para tratamiento más intensivo
SIGNOS DE ALARMA	Es necesaria una visita a domicilio por parte de la Jefa de Barrio entre dos visitas al dispensario
NO HAY SIGNOS DE ALARMA O PELIGRO	El niño/a continúa en seguimiento de MAS en dispensario hasta que alcanza los criterios de salida, con permanencia mínima de dos meses.

La madre recibe en cada visita la cantidad de paquetes de PlumpyNut® para una semana. En la visita siguiente debe traer al dispensario los envases vacíos como medida de control.

Comprobar que la madre entiende que si el niño/a empeora antes de la próxima visita, lo debe traer al dispensario para revisión o buscar a la responsable del barrio para consejos.

7. PROCEDIMIENTOS AL FINAL DEL TRATAMIENTO

CUANDO EL NIÑO/A ALCANZA LOS CRITERIOS DE SALIDA DEBEMOS DE:

1. Si el niño/a tiene 9 meses o más, comprobar que ha recibido la **vacuna del sarampión**. Si no la tiene, hay que administrársela. Asegurarse también que el niño/a sigue el calendario vacunal previsto para su edad.
2. Administrar la dosis de **vitamina A** (solo si el niño/a no la ha recibido durante los 6 meses anteriores al inicio del tratamiento MAS, comprobar en la cartilla de vacunación):

Los niños/as de entre 6 y 12 meses DEBEN recibir 100.000 UI

Los niños/as de 12 meses o más DEBEN recibir 200.000 UI

El tratamiento con vitamina A debe darse como máximo una vez cada 6 meses. No debe repetirse la administración de Vitamina A cuando a causa de una recaída, un niño malnutrido vuelve a ingresar en el protocolo MAS, a no ser que hayan pasado más de 6 meses.

3. Tomar el peso y la talla del niño/a a la salida y anotarla en la ficha de registro PISIS, así como en la cartilla del niño/a.
4. Dar a la madre mensajes preventivos (de higiene y dietéticos), los mismos que para el PISIS para evitar recaídas. Explicar a la madre que tiene que volver si presenta alguna enfermedad o vuelve a perder peso.
5. Dar una ración semanal de PlumpyNut® y citarlo al cabo de una semana para iniciar el protocolo **MAM**. Abrir una ficha de seguimiento **MAM** y asegurarse de que la ficha de seguimiento del protocolo **MAS** queda adjunta a la nueva ficha.
6. Los niños/as que terminan el tratamiento de Malnutrición Aguda Severa (**MAS**) deben pasar a ser tratados con el protocolo de Malnutrición Aguda Moderada (**MAM**) y permanecer en él al menos dos meses, sin tener en cuenta su índice de peso-talla como criterio de entrada.

Los niños/as que están recibiendo PlumpyNut® no deben recibir ni Ghazala ni Chaila.

4d PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA MALNUTRICIÓN AGUDA MODERADA

1. ¿QUIÉNES SON LOS RESPONSABLES DE ESTE PROTOCOLO?

LA JEFA DE BARRIO, ADJUNTA Y SECRETARIA:

En la detección de casos.

En el seguimiento del número de niños/as que están en el protocolo y organización de las citas.

EL/LA JEFE/A DE DISPENSARIO Y/O LA ADJUNTA/SECRETARIA DEL DISPENSARIO, AL PASAR CONSULTA:

En rellenar la información específica en la ficha de seguimiento y en la cartilla del niño/a.

En el seguimiento del alimento suplementario (CSB, azúcar y aceite) que se distribuye cada dos semanas, preparación de la mezcla y preparación de las raciones.

En el seguimiento de la evolución del niño/a y en la comprobación de criterios de admisión y/o salida.

En la comprobación de las condiciones en las que el niño/a está consumiendo el producto y en dar consejos sobre alimentación e higiene.

2. CRITERIOS DE ADMISIÓN Y ALTA

Este protocolo se refiere al tratamiento de la malnutrición aguda moderada (**MAM**) en niños/as de 6 meses a 5 años de edad. Los niños/as entraran en el programa por dos vías:

Los niños/as que salen curados de **MAS** y que deben ser seguidos con el protocolo **MAM** durante dos meses incluso si su P-T es normal (zona verde de la gráfica).

Los niños/as malnutridos agudos moderados entre 6 meses y 5 años.

SE CONSIDERA QUE UN NIÑO/A ES MALNUTRIDO AGUDO MODERADO (MAM)

Tiene un PB/MUAC entre 11,5 y 12,5 cm y/o

Tiene un Índice Peso- Talla (P-T) en la zona amarilla de la gráfica (entre -2DS y -3DS)

CRITERIOS DE ADMISIÓN PARA EL PROTOCOLO MAM EN DISPENSARIOS

**NUEVAS ADMISIONES:
NIÑOS/AS 6-59 MESES**

PB/MUAC amarillo entre 11,5 y 12,5 cm y/o PESO- TALLA en la zona amarilla de la gráfica (entre -2DS y -3DS)

**NIÑOS/AS
TRANSFERIDOS DESDE EL
PROTOCOLO DE MAS**

Niños/as curados de **MAS** que deberán seguir con el protocolo **MAM** durante dos meses aunque no estén dentro de los criterios establecidos de **MAM**

UN VEZ QUE LOS/AS NIÑOS/AS SON ADMITIDOS EN EL PROTOCOLO MAM:

Seguirán el tratamiento un mínimo de dos meses.

Con visitas cada 15 días.

Se espera que el niño/a se vaya recuperando hasta cumplir los criterios de salida del protocolo.

UNA VEZ QUE EL/LA NIÑO/A SALGA DEL PROTOCOLO PUEDEN OCURRIR DOS COSAS:

Es derivado al protocolo **MAS** debido a un empeoramiento.

Pasa al seguimiento normal del PISIS (ver capítulo 2 de procedimientos generales del PISIS y anexo 1 con calendario de visitas según edad).

CRITERIOS DE ALTA DEL PROTOCOLO MAM EN DISPENSARIOS

CURADO	<p>Si el niño/as fue admitido con criterios MAM, se da de alta cuando tiene el PB/MUAC verde (mayor de 12,5 cm) y su índice peso-talla se encuentra en la zona verde de la gráfica ($\geq 2DS$) al menos en dos visitas consecutivas, y ha estado al menos dos meses en el protocolo MAM.</p> <p>Si el/la niño/a entró en el protocolo después de haber salido como curado del protocolo MAS, se le dará de alta si cumple los criterios de salida, además de haber estado al menos dos meses en el protocolo MAM.</p> <p>En todo caso, el niño/a tiene que mostrar buen apetito y ausencia de enfermedad grave.</p>
ABANDONO	<p>Ausente durante 2 visitas seguidas se declara abandono a la tercera ausencia.</p>
FALLECIDO	<p>Fallecido mientras está siendo tratado de MAM.</p>
TRANSFERIDO AL PROTOCOLO DE MAS	<p>El niño/a empeora y presenta criterios de MAS.</p>

NOTA: El símbolo \geq significa "mayor o igual a"

3. EVALUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS CON MAM

REGISTRO: EN LA FICHA DE SEGUIMIENTO INDIVIDUAL DE MAM

Rellenar todos los datos de registro y las casillas correspondientes a la primera visita. Adjuntar a la ficha de seguimiento del protocolo **MAS** y a la del seguimiento PISIS y colocar en el archivador correspondiente.

Los niños/as dados de alta del protocolo **MAS** deben cambiar la ficha de seguimiento a la del protocolo **MAM** y seguir las revisiones cada 15 días.

HISTORIA CLÍNICA: ENTREVISTA Y EXAMEN FÍSICO

Aunque la historia clínica del niño/a se debe haber hecho en un paso anterior a este (ver capítulo 2 de procedimientos generales del PISIS), en el caso de los niños/as con **MAM** hay que prestar especial atención a si ha presentado alguna enfermedad en los últimos días, la alimentación que recibe el niño/a, el estado vacunal y los cuidados que recibe.

Durante las visitas, es necesario asegurarse de que la madre/abuela entiende por qué el niño/a está siguiendo el tratamiento, la importancia de seguir el calendario de visitas y de suministrar adecuadamente el alimento suplementario.

La revisión física se debe hacer siguiendo las pautas del PISIS para cada edad, además en el caso de los niños/as con MAM hay que:

Prestar especial atención a los signos de anemia (dada la elevada prevalencia) y recomendar test hemoglobina si se sospecha. En caso de que la anemia sea confirmada, tratar específicamente.

Buscar la causa de la malnutrición (alimentación inadecuada en cantidad o calidad, enfermedad asociada, problemas sociales o económicos). Si hay alguna enfermedad asociada se debe tratar siguiendo el protocolo de manejo de procesos agudos más frecuentes en la página 75 de esta guía.

Dar consejos básicos sobre salud y nutrición (ver anexos 4-11 de esta guía).

Realizar la exploración física en la primera visita siguiendo las indicaciones del PISIS. En las sucesivas visitas, cada 15 días, realizar exploración física según indicaciones de la ficha MAM.

4. TRATAMIENTO MÉDICO SISTEMÁTICO

El tratamiento médico sistemático NO debe repetirse si el niño/a procede del protocolo MAS, puesto que ya lo ha recibido

Primera visita (admisión al protocolo MAM): todos los niños/as mayores de un año deben recibir una dosis única de Albendazol (o de Mebendazol si el primero no está disponible), así como una dosis única de vitamina A, según su edad o peso.

A la salida: debe verificarse el seguimiento del calendario vacunal previsto y los niños/as mayores de 9 meses deben recibir la vacuna del sarampión (si no la tenían).

PROTOCOLO MÉDICO SISTEMÁTICO PARA NIÑOS/AS CON MAM EN EL DISPENSARIO

MEDICAMENTO	CUÁNDO	EDAD/PESO	DOSIS	PRESCRIBIR
Hierro y ácido fólico	Durante todo el tratamiento	Menos 10 kg	100 mg y 2 mg	1 vez a la semana
		Más 10 kg	200 mg y 4 mg	
Albendazol (si disponible)	A la admisión	hasta 1 año	No administrar	
		entre 1 y 2 años	200 mg	Dosis única
		a partir de 2 años	400 mg	
Mebendazol (si Albendazol no disponible)	A la admisión	hasta 1 año	No administrar	
		entre 1 y 2 años	250 mg	Dosis única
		a partir de 2 años	500 mg	
Vitamina A	A la admisión	6 meses a 1 año	100 000 UI	Dosis única
		a partir de 1 año	200 000 UI	
Vacuna sarampión	Si el niño/a tiene 9 meses o más, a la salida del protocolo, asegurar que tiene puesta la vacuna del sarampión, y si no la tiene, administrarla. Además, comprobar que el niño/a sigue el calendario vacunal previsto para su edad.			

5. TRATAMIENTO NUTRICIONAL

El niño/a debe recibir cada semana una ración que suministra entre 1,000 y 1,100 kilocalorías diarias, y que está compuesta por los siguientes productos:

RACIÓN A DISTRIBUIR EN EL PROTOCOLO MAM EN DISPENSARIOS

PRODUCTO	RACIÓN DIARIA	RACIÓN 15 DÍAS (DOS SEMANAS)	VALOR NUTRICIONAL DIARIO
Corn Soya Blend (CSB)	200 g	3000 g	760–800 Kcal
Aceite	20 g	300 g	177–180 Kcal
Azúcar	15 g	225 g	60 Kcal
TOTAL	235 g	3525 g	1000 – 1100 Kcal

La ración diaria de los tres productos mezclados equivale al contenido de cinco vasos y medio de té.

Los productos se mezclan en los dispensarios el mismo día de la distribución, en condiciones higiénicas y utilizando instrumentos para medir las proporciones de cada producto. La mezcla se debe hacer con las proporciones exactas, según las raciones que correspondan y se debe dar a la madre/abuela en un recipiente plástico donde se pueda guardar adecuadamente. En caso de que sea un recipiente reutilizable, la madre/abuela debe llevarlo limpio a la visita siguiente.

En el caso de que el niño/a sufra enfermedades crónicas como la diabetes, se les referirá al especialista y se seguirán recomendaciones específicas para el caso.

Se debe explicar a la madre o abuela que:

La mezcla es un alimento suplementario y no substituye las comidas del niño/a con la familia.

La ración se le debe dar sólo al niño/a, puesto que es un tratamiento, y en ningún caso se debe compartir con el resto de la familia.

La ración diaria (que equivale a cinco vasos y medio de té) se debe consumir repartida en cinco veces al cabo del día, además de las comidas con el resto de la familia. Consultar recetario de la Guía de jefas de barrio.

6. SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS/AS CON MAM

Se citará a la madre con el niño/a una vez cada dos semanas, siempre el mismo día de la semana hasta que cumpla los criterios de salida (ver cuadro, pág. 61).

Los niños/as que entran en el protocolo **MAM** como curados del protocolo **MAS** deben vigilarse más de cerca puesto que podrían empeorar rápidamente.

Valoración física y consejos:

El peso se tomará cada 15 días y la talla una vez al mes (cada dos visitas).

El peso- talla se valorará en cada visita con el último dato de talla que se haya tomado.

En cada visita se darán consejos nutricionales (ver anexos 4, 5 y 6) y comprobará que la madre/abuela entienden que si el niño/a empeora antes de la siguiente visita, lo deben traer al dispensario para realizar una revisión o bien buscar a la Jefa de Barrio para que le de los consejos a seguir.

CONDUCTA A SEGUIR SI EL NIÑO/A NO MEJORA MIENTRAS SE ENCUENTRA EN EL PROTOCOLO MAM

<p>NO HAY MEJORÍA O HAY EVOLUCIÓN NEGATIVA DEL PESO PELIGRO</p>	<p>Si el/la niño/a pierde peso durante 3 visitas consecutivas</p> <p>Peso sin cambios durante 5 visitas consecutivas</p> <p>Peso en la tercera visita igual que cuando ingresó</p>	<p>Averiguar las causas mediante visita domiciliaria y/o descartar otras enfermedades: valoración médica</p> <p>Valorar pasar al protocolo MAS</p>
--	--	---

El aumento de peso y buen apetito indica evolución favorable y se continuará con las visitas según el calendario (anexo 1).

Durante las visitas, se deben rellenar todos los campos de la ficha de seguimiento de la **MAM**.

Una vez al mes se debe registrar el peso y la talla del niño/a en la ficha del PISIS y en la cartilla roja.

Al final del tratamiento se debe registrar la ficha del protocolo **MAM**, debe adjuntarse a la ficha PISIS.

7. PROCEDIMIENTOS AL FINAL DEL TRATAMIENTO

Cuando el niño/a alcanza los criterios de salida del protocolo hay que:

Si el niño/a tiene 9 meses o más revisar que tiene todas las vacunas correspondientes a su edad según el calendario vacunal y comprobar específicamente que ha recibido la vacuna del sarampión. Si no la tiene, hay que administrársela.

Pesar y tallar al niño/a al alta del protocolo y anotar en la ficha de seguimiento normal de PISIS.

Dar a la madre mensajes preventivos (de higiene y dietéticos), para evitar recaídas. Insistir en que tienen que volver si el niño/a está enfermo, o si vuelve a perder peso.

Entregar la mezcla de CSB (soya) necesaria para las raciones de dos semanas.

Citar siguiendo el protocolo normal de PISIS e incluir de nuevo en las distribuciones de Ghazala (entre 6 meses y 3 años) o de Chaila (entre 3 y 5 años).

Asegurarse de que la ficha de seguimiento del protocolo **MAM** (y, si procede, la del protocolo **MAS**) queda adjunta a la ficha de seguimiento normal PISIS.

Los niños/as que están recibiendo CSB (soya), azúcar y aceite no deben recibir ni Ghazala ni Chaila.

El tratamiento con vitamina A debe darse como máximo una vez cada 6 meses. No debe repetirse la administración de Vitamina A cuando a causa de una recaída, un niño malnutrido vuelve a ingresar en el protocolo MAS, a no ser que hayan pasado más de 6 meses.

5 PROTOCOLO DE MANEJO DE LA ANEMIA

La anemia es una enfermedad que se produce, entre otras causas, cuando una persona no tiene en la sangre suficiente cantidad de hemoglobina, que es la encargada de transportar el oxígeno a los tejidos.

Cualquier persona puede sufrir anemia, pero los niños/as (especialmente los niños/as hasta los 2 años), las mujeres embarazadas y las que están dando el pecho y las adolescentes son los que más riesgo tienen de padecer anemia.

En la población saharauí la tasa de anemia en niños/as y mujeres es muy elevada. En el estudio realizado en 2008 la prevalencia era de 62% en niños/as entre 6 y 59 meses, en el mismo estudio en las mujeres en edad fértil (15-49 años) era del 66% en las embarazadas y del 54 % en las no embarazadas.

Si un niño/a con anemia no se trata correctamente con suplementos de hierro, los síntomas serán cada vez más graves, el niño/a estará muy cansado y débil y se alterará su desarrollo normal. Sus defensas ante una posible infección serán más bajas y estos niños/as tendrán más riesgo de sufrir infecciones.



1. PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

Para evitar que un niño/a tenga anemia debemos intentar que reciba una alimentación equilibrada y adecuada y que tenga un alto contenido en hierro.

La leche materna tiene suficiente contenido en hierro para los niños/as **hasta los 6 meses de edad**. Si una madre está amamantando a su hijo/a presenta anemia deberá tomar suplementos de hierro.

Después de los 6 meses de edad, las necesidades de hierro son elevadas y no es suficiente el que puede recibir a través de la leche materna. El niño/as debe ingerir el hierro a través de los alimentos y/o suplementos.

Debe seguir una dieta variada (anexo 6 de esta guía) con alimentos ricos en hierro, como:

CSB (soya).

Hígado (limitar su consumo a una vez por semana).

Carne.

Harina de trigo fortificada.

y alimentos ricos en vitaminas y minerales:

Frutas (naranjas, mandarinas, manzanas).

Vegetales (tomate, zanahoria, patata, calabaza, remolacha).

El té no es recomendable tomarlo con las comidas porque disminuye la absorción de hierro.

El Ghazala (de los 6 meses a los 3 años) y los Chaila (de los 3 a los 5 años) ya aportan el hierro que necesita el niño/a, pero deben complementarse con los alimentos mencionados más arriba así como con el fomento de hábitos alimentarios adecuados (ver anexo 6 de esta guía).

Las mujeres embarazadas o madres lactantes necesitan gran cantidad de hierro: tanto para ellas mismas, como para transmitirlo a sus hijos por lo que deben:

Comer una dieta variada con una alta cantidad de alimentos ricos en hierro.

Recibir las raciones correspondientes de CSB (soja) y Chaila.

Recibir suplementos de hierro (200 mg de sulfato de hierro y 4 mg de ácido fólico, 1 pastilla diaria). Parte de este hierro pasará al niño/a y le protegerá contra la anemia.

Se deben controlar los niveles de hemoglobina de todos los niños/as en las visitas de los doce meses, de los tres años y de los cinco años.

2. CAUSAS DE ANEMIA

En los niños/as, la anemia se debe sobre todo a dietas bajas en hierro, se conoce como anemia por déficit de hierro.

La anemia puede deberse también a hemorragias abundantes o pequeñas hemorragias continuas, alteraciones de la sangre e infecciones.

Los bebés prematuros o aquellos que al nacer pesan menos de 2'5 kilos suelen tener niveles bajos de hierro en su sangre, por lo que tienen riesgo de sufrir anemia. Los bebés alimentados con leche materna hasta los 6 meses no reciben suficiente hierro de la leche si sus madres sufren anemia.

Beber mucho té inmediatamente antes, durante e inmediatamente después de las comidas puede también causar anemia.

3. SÍNTOMAS DE ANEMIA

Cuando una persona sufre anemia sus órganos y tejidos no reciben suficiente oxígeno, por lo que se encuentra débil, cansada y con falta de aire. Los niños/as pequeños/as con anemia también pueden tener un desarrollo más lento.

PARA VALORAR SI UN NIÑO/A TIENE ANEMIA, SE DEBEN OBSERVAR Y EXPLORAR LOS SIGUIENTES SIGNOS CLÍNICOS:

Color pálido de piel y mucosas.

Cansancio.

Dificultad respiratoria.

Vértigos, mareos.

Desmayos, desvanecimientos.

4. DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

La anemia es fácil de detectar observando el color de la piel (palidez) o analizando la sangre.

PALIDEZ:

Revisar las mucosas de la conjuntiva de los ojos, la lengua y las palmas de las manos. Si estas presentan un color muy pálido, el paciente tiene anemia. En casos de anemia extrema, la palidez es más generalizada.

PALIDEZ DE LAS PALMAS DE LAS MANOS Y DE LAS CONJUNTIVAS



HEMOGLOBINA EN SANGRE:

La hemoglobina se puede medir con una simple gota de sangre haciendo un pequeño pinchazo en un dedo, tanto en el dispensario usando una máquina que se llama Hemocue® como en el laboratorio del hospital de la Wilaya.

Los valores de hemoglobina para diagnosticar el grado de anemia son:

	GRADO DE ANEMIA SEGÚN LA HEMOGLOBINA (g/dl)			
	ANEMIA	LEVE	MODERADA	SEVERA
NIÑOS/AS DE 6 – 59 MESES	< 11.0	10-10.9	7.0-9.9	< 7.0
MUJERES NO EMBARAZADAS MAYORES DE 15 AÑOS	< 12.0	10-11.9	7.0-9.9	< 7.0
MUJERES EMBARAZADAS	< 11.0	10-10.9	7.0-9.9	< 7.0

NOTA: El símbolo < significa "menor que"

5. TRATAMIENTO DE LA ANEMIA

ANEMIA LEVE

HEMOGLOBINA entre 10 y 10,9 g/dl

No requiere tratamiento.

Estos niños/as deben seguir tomando Ghazala o Chaila de manera regular y se debe informar a las madres sobre la alimentación complementaria que deben seguir. Ver alimentos aconsejados en prevención de la anemia y anexo 5 de esta guía.

ANEMIA MODERADA

HEMOGLOBINA entre 7 y 9.9 g/dl

Debe continuar con Ghazala o Chaila.

Debe tomar Sulfato de Hierro en gotas, con una dosis de 3 mg de hierro/kg/día.

En las siguientes tablas se especifica la dosificación del sulfato de hierro según el peso del niño/a. Las gotas deben administrarse en dos tomas preferiblemente alejadas de las comidas y mezcladas con naranja y azúcar, evitar tomarlas con leche. Deben tomarse diariamente y durante dos meses.

Si el niño/a presenta algún problema digestivo o dolor abdominal, las gotas se mezclarán con la comida, aunque la absorción del hierro será más lenta.

Los cinco primeros días de tratamiento con sulfato de hierro, los niños/as deben tomar además un comprimido de Albendazol al día con las siguientes dosis:

Niños/as de 12 a 24 meses, 1 comprimido de 200 mg al día durante 5 días.

Niños/as de 24 meses a 5 años, 1 comprimido de 400 mg al día durante 5 días.

Si no hay Albendazol, se administrara Mebendazol con las siguientes dosis:

Niños de 12 a 24 meses, 1 comprimido de 250 mg al día durante 5 días.

Niños de 24 meses a 5 años, 1 comprimido de 500 mg al día durante 5 días.

Después de dos meses de tratamiento se debe volver a analizar la sangre del niño/a para valorar el nivel de hemoglobina.

DOSIFICACIÓN DEL SULFATO DE HIERRO EN GOTAS

PESO DEL NIÑO/A (Kg)	NÚMERO GOTAS DE HIERRO 200 mg/cc	cc DE HIERRO (40 mg HIERRO/cc)
5 Kg	8	0,4
6 Kg	9	0,4
7 Kg	10	0,5
8 Kg	12	0,6
9 Kg	13	0,7
10 Kg	15	0,7
11 Kg	16	0,8
12 Kg	18	0,9
13 Kg	19	1
14 Kg	21	1
15 Kg	22	1,1
16 Kg	24	1,2
17 Kg	25	1,3
18 Kg	27	1,3
19 Kg	28	1,4
20 Kg	30	1,5

1 gota = 0,05 cc = 2 mg hierro; 20 gotas = 1 cc

**Dejar el medicamento fuera del alcance de los niños/as.
Una sobredosis de hierro es muy peligrosa.
Si ocurre una sobredosis accidental, se debe acudir inmediatamente al médico.**

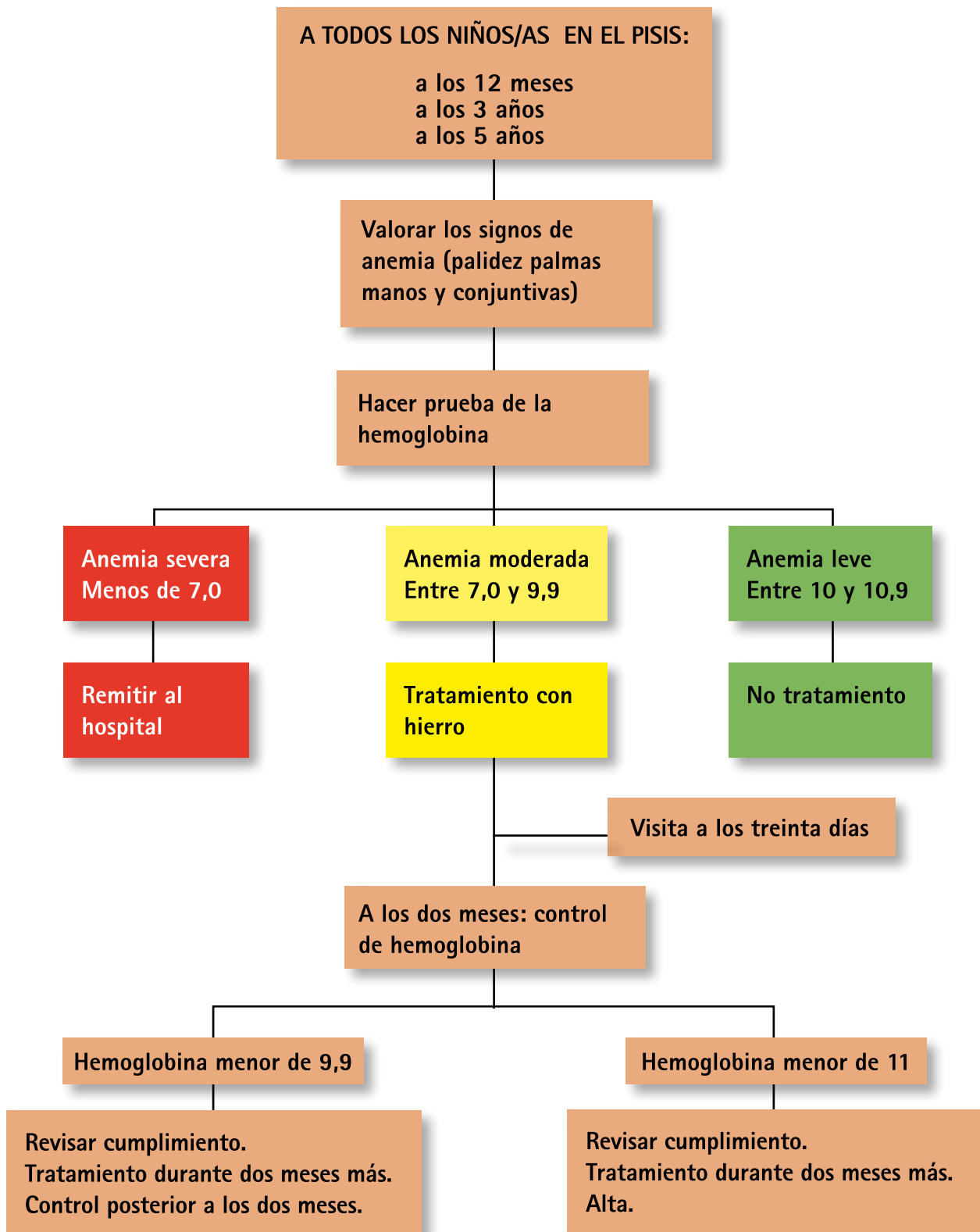
ANEMIA SEVERA

Hemoglobina menos de 7 g/dl

La anemia severa puede poner en riesgo la vida del niño/a, por lo debe ser trasladado/a al hospital para recibir tratamiento.



DIAGRAMA DE ACTUACIÓN ANTE LA ANEMIA



6 PROTOCOLO DE MANEJO DE LOS PROCESOS AGUDOS MÁS FRECUENTES

1. CONDUCTA A SEGUIR ANTE LA DIARREA O LOS VÓMITOS

La diarrea aguda es la emisión de deposiciones líquidas o semilíquidas, siempre más de 3 al día.

Las deposiciones semilíquidas de los bebés alimentados con lactancia materna NO SON DIARREAS

Las diarreas pueden ser causadas por infecciones intestinales, comidas inadecuadas, intolerancias alimentarias y parasitosis.

¿QUIÉN DEBE EVALUAR A UN NIÑO CON DIARREA?

El/la jefe/a del dispensario.

PARA EVALUAR UN NIÑO/A CON DIARREA DEBE PREGUNTARSE:

¿Desde cuando tiene diarrea?

¿Cuántas veces al día?

¿Hay sangre en las heces?

HAY QUE OBSERVAR Y EXPLORAR LOS SIGUIENTES PUNTOS:

Determinar el estado general del niño/a: irritable, intranquilo, adormilado, decaído, comatoso.

Explorar signos clínicos de deshidratación:

Ojos hundidos.

Boca y lengua seca.

Al ofrecer líquidos observar si no puede beber o si bebe ávidamente.

Fontanela (punto blando que hay encima de la cabeza) hundida.

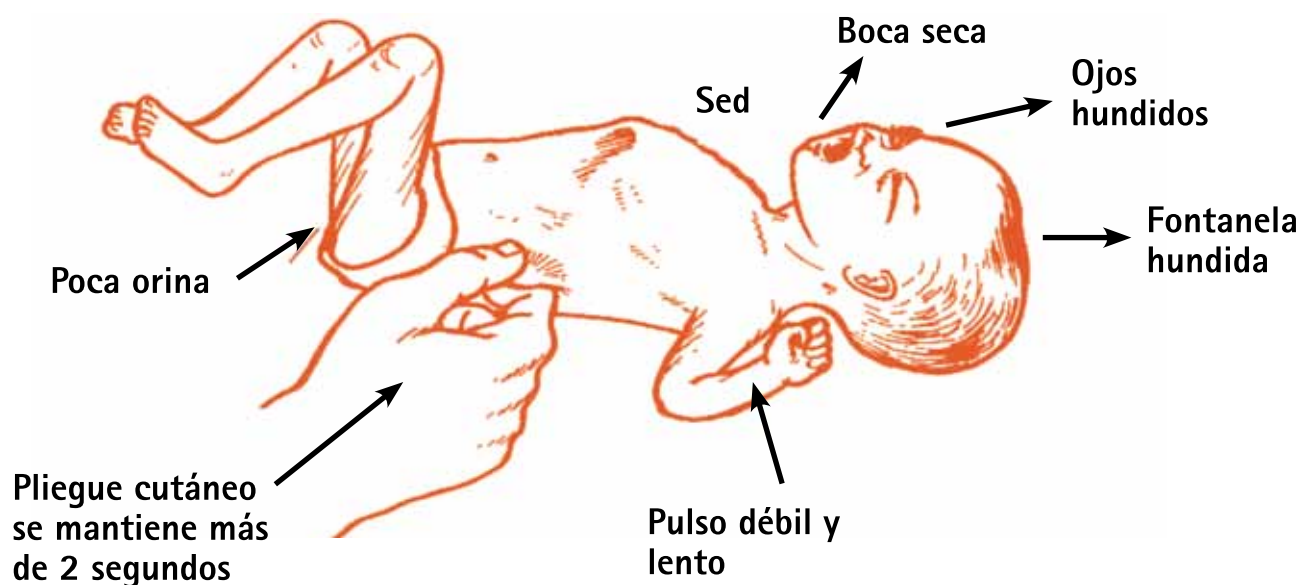
Realizar el signo del pliegue: el pliegue de la piel se recupera: muy lentamente (más de 2 segundos) o lentamente.

Respiración rápida y profunda.

Pulso rápido y débil.

Orina oscura y en poca cantidad o no orina.

EXPLORACIÓN DEL NIÑO/A PARA DIAGNOSTICO DE DESHIDRATACIÓN



SIGNOS Y SINTOMAS, CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA



SIGNOS	CLASIFICAR CÓMO	TRATAMIENTO
DESHIDRATACIÓN	DESHIDRATACIÓN GRAVE (CON SHOCK)	PLAN C - derivar urgentemente al hospital con la madre dándole sorbos frecuentes de SOBI y/o dando el pecho y/o agua azucarada durante el trayecto. NUNCA DAR SRO/SOBI SI EL NIÑO/A TIENE MALNUTRICIÓN AGUDA SEVERA.
Dos de los signos siguientes: Adormilado, comatoso, no puede beber Ojos hundidos Signo del pliegue: la piel recupera muy lentamente el estado anterior		
Dos de los signos siguientes: Intranquilo, irritable Ojos hundidos Boca y lengua secas Bebe ávidamente, con sed Signo del pliegue: la piel vuelve lentamente	DESHIDRATACIÓN MODERADA	PLAN B - de tratamiento: tratar la deshidratación con SOBI. NUNCA DAR SRO/SOBI SI EL NIÑO/A TIENE MALNUTRICIÓN AGUDA SEVERA. Después de la rehidratación, indicar a la madre: Como cuidar al niño/a en la jaima Cuándo debe volver de inmediato Hacer visita de control a los 5 días.
No hay suficientes signos para clasificar el caso como deshidratación	SIN DESHIDRATACIÓN	PLAN A - de tratamiento: tratar la diarrea en la jaima Indicar a la madre cuando debe de volver de inmediato Si la diarrea continúa, hacer visita de control a los 5 días
Con signos de deshidratación	DIARREA PERSISTENTE GRAVE	PLAN C - de tratamiento. Referir urgentemente al hospital dando suero oral o pecho durante el trayecto
Sin signos de deshidratación	DIARREA PERSISTENTE	Explicar a la madre cómo debe alimentar al niño/a que tiene diarrea persistente
Sangre en las heces	DISENTERÍA	Derivar al médico del hospital para tratamiento.
TIENE DIARREA DE MÁS DE 14 DÍAS		
HAY SANGRE EN LAS HECES		

La diarrea aguda puede ser causa de deshidratación grave y ser responsable de una elevada mortalidad.

TRATAMIENTO DE LA DIARREA

Los principios básicos del tratamiento de la diarrea son:

- Prevenir la deshidratación.
- Prevenir la desnutrición.
- Prevención de las epidemias.

PLAN A: *CÓMO TRATAR AL NIÑO/A CON DIARREA EN LA JAIMA*

Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en la jaima: ACRE

- Aumentar los líquidos,
- Continuar alimentándolo,
- Reconocer signos de peligro y
- Enseñarle medidas preventivas

1. Aumentar los líquidos

Dar al niño/a todo el líquido que acepte.

El mejor líquido que podemos ofrecer al niño/a con diarrea es la solución SRO/SOBI. Es una solución de rehidratación oral que permite una rehidratación rápida y ayuda a la reducción de los episodios diarreicos al ser una fórmula enriquecida con bifidus.

MENSAJES PARA LA MADRE:

Dar el pecho con frecuencia, aumentando la duración de las tomas.

Si el niño/a se alimenta con lactancia materna de forma exclusiva, también se puede dar SRO o SOBI, además del pecho.

Si no se alimenta de forma exclusiva de lactancia materna, ofrecer uno o más de estos líquidos: SOBI, caldo, sopa de arroz, yogur o agua hervida. NO dar nunca zumos de fruta envasados.

Nunca dar SRO/SOBI a los niños/as con MAS.

ADMINISTRAR LÍQUIDOS EN ABUNDANCIA AL NIÑO/A CON DIARREA



ENSEÑAR A LA MADRE COMO PREPARAR Y ADMINISTRAR SRO/SOBI

Preparación de SOBI: lavado de manos, utilizar agua hervida, un sobre en 200 cc de agua (tres vasos y medio de té), mezclar bien.

Si no hay SOBI preparar SRO: 1 sobre en 1 litro de agua tratada y mezclar bien.

Administrar frecuentemente pequeños sorbos, con un vaso o una cucharita, a libre demanda.

Si el niño/a vomita, esperar 10 minutos y luego continuar pero más despacio.

Seguir ofreciendo más líquidos de lo habitual hasta que la diarrea pare.

2. Continuar alimentándolo

Seguir dándole el pecho, con más frecuencia

Si tiene más de 6 meses y ya toma otros alimentos, preparar: puré de zanahorias y arroz, arroz caldoso con pollo, papilla de manzana y plátano. Ofrecer pequeñas cantidades y frecuentes.

3. Reconocer signos de peligro

Explicar a la madre que si aparecen vómitos, fiebre, sangre en las heces, empeoramiento del estado general, bebe poco o no puede beber o mamar, debe acudir de nuevo al dispensario.

4. Enseñar medidas preventivas

La transmisión de las diarreas de origen infeccioso puede ser a través de las manos sucias o por ingestión de alimentos o agua contaminados. **Por lo tanto es muy importante:**

Lavado de manos: después de cada deposición, antes de las comidas, antes de cocinar, después de ir a las cabras.

Usar siempre agua tratada en la alimentación.

Conservar y manipular correctamente los alimentos: cocer bien los alimentos y no conservar más de dos horas si no se tiene frigorífico. Tapar de las moscas y otros insectos.

Fomentar la lactancia materna: la lactancia materna previene enfermedades y la mortalidad infantil por diarrea, así como la gravedad de los episodios diarreicos.

ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTOS DE ZINC

EXPLICAR A LA MADRE LA CANTIDAD DE ZINC QUE DEBE TOMAR EL NIÑO/A

Hasta 6 meses, medio comprimido al día (10 mg) durante 14 días sin interrupción.

A partir de 6 meses, 1 comprimido al día (20 mg) durante 14 días sin interrupción.

ENSEÑAR A LA MADRE COMO DAR EL ZINC

Para los más pequeños: disolver el comprimido en un poco de agua, leche materna o SRO/SOBI, dar con vaso o cucharita.

Para niños/as mayores pueden masticar el comprimido o disolverla en un poco de agua.

Recordar que debe darse el Zinc durante 14 días sin interrupción.



PLAN B: CÓMO TRATAR AL NIÑO/A CON DESHIDRATACIÓN CON SRO/SOBI EN EL DISPENSARIO

Administrar durante las primeras cuatro horas, en el dispensario, en pequeñas cantidades con una cucharita o un vaso.

1. Determinar la cantidad a administrar de SRO o SOBI

PESO	Menos de 6 kg	6 kg a 8 kg	8 kg a 10 kg	10 kg a 12 kg	12 kg a 19 kg
EDAD	Menos de 4 meses	4 a 9 meses	9 a 12 meses	13 a 24 meses	Mayor de 2 años
CANTIDAD SOBI	Preparar 1 sobre de SOBI	Preparar 2 sobres de SOBI	Preparar 3 sobres de SOBI	Preparar 4 sobres de SOBI	Preparar 5 sobres de SOBI
CANTIDAD SRO	3-6 vasos de té de SRO	7-10 vasos de té de SRO		1 litro	1 - 1,5 litros

Si el niño/a pide más cantidad, darle más SRO o SOBI

2. Enseñar a la madre como dar el SRO o SOBI:

A pequeños sorbos, muy frecuentes, con un vaso o una cucharita.

Si el niño/a vomita, esperar 10 minutos y luego continuar pero más lentamente.

Si el niño/a pide más cantidad, darle más SRO o SOBI.

Continuar dando el pecho, siempre que el niño/a lo quiera.

Si el vómito persiste, derivar al hospital.

3. A las 4 horas, reevaluar al niño/a:

Determinar grado de deshidratación.

Seleccionar el plan apropiado para continuar el tratamiento.

Comenzar a alimentar al niño/a en el dispensario.

IMPORTANTE: al alta volver a indicar Plan A.

PLAN C: COMO TRATAR AL NIÑO/A CON DESHIDRATACIÓN CON SHOCK

Si el niño/a presenta deshidratación grave debe derivarse urgentemente al hospital para poner suero endovenoso – EV- (perfusión de líquidos intravenosos: Ringer lactato o Solución salina fisiológica).

Durante la evacuación de emergencia, dar a la madre SOBI y mostrar cómo dar sorbos frecuentes durante el viaje. Si hay posibilidad, iniciar la rehidratación por sonda nasogástrica con SOBI: 20 ml / kg / hora.

Nunca dar SRO/SOBI a los niños/as con MAS.

1. Diarrea persistente

Se considera diarrea persistente cuando el niño/a continua teniendo más de 3 deposiciones líquidas al día. En este caso hay que referir al niño/a al hospital para evaluación

CONSEJOS PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO/A CON DIARREA PERSISTENTE

Si todavía se alimenta de leche materna, darle el pecho con más frecuencia y durante más tiempo, de día y de noche.

Para otros alimentos, seguir los consejos relativos a los alimentos apropiados para la edad del niño/a: patata, zanahoria, manzana, arroz, yogur

Dar una comida extra hasta dos semanas después que pase la diarrea y haya recuperado el peso.

NO dar nunca zumos de fruta envasados.

2. Vómitos

Es uno de los síntomas de enfermedad más frecuentes en el niño/a.

Se define como la salida rápida por la boca de abundante leche o alimento varias veces en un día. Aunque pueden tener muchas causas, lo más importante es valorar si van acompañados de náuseas, dolor de barriga, diarrea o fiebre alta.

El tratamiento tiene como objetivo: el alivio de los síntomas y, sobretodo, la prevención de la deshidratación.

Administrar pequeñas dosis de SRO/SOBI: 1 cucharadita cada 5 minutos hasta que no vomite y después dar alimento cada poco tiempo y en pocas cantidades.

Nunca dar SRO/SOBI a los niños/as con MAS.

MANDAR URGENTE AL HOSPITAL SI:

Hay fiebre elevada

Hay signos de deshidratación severa

Vómito con sangre

Los síntomas duran más de 2 días

2. CONDUCTA A SEGUIR ANTE LA FIEBRE

Se considera que un niño/a tiene fiebre si la temperatura corporal es superior a 38°C.

OTROS SIGNOS: cara enrojecida, escalofríos, sudoración (la fiebre empieza a bajar), somnolencia

Todo niño/a menor de 3 meses con fiebre alta, debe derivarse al hospital

CÓMO MEDIR LA TEMPERATURA

Con el termómetro, se coloca la parte más fina en la axila, procurando que no toque la ropa y se debe sujetar de 5 a 10 minutos.

COLOCACIÓN DEL TERMÓMETRO EN LA AXILA



**Nunca poner en la boca.
Después de usar el termómetro, lavarlo con agua, jabón y alcohol.**

CONDUCTA A SEGUIR

SI NO HAY MÁS SIGNOS SE PUEDE MANDAR EL NIÑO/A A CASA CON LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

Recomendaciones dietéticas: No dejar de dar el pecho e insistir en que el niño/a coma aunque no tenga apetito.

Ofrecer líquidos para prevenir la deshidratación.

No abrigar al niño/a.

Poner paños de agua en cabeza, ingles, axilas y tronco.

Administrar antitérmicos orales: Paracetamol.

Informar a la madre como debe administrar el medicamento.

Entregar dosis suficientes para 2 días.

DOSIFICACIÓN DEL PARACETAMOL

PARACETAMOL 10-15 mg / kg DOSIS	COMPRIMIDOS 100 mg
PESO	CADA 6 HORAS
4-6 kg	1/2 comprimido
7-9 kg	1 comprimido
10-12 kg	1 y 1/4 comprimido
13-15 kg	1 y 1/2 comprimido

REEVALUAR EN 48 HORAS SI LA FIEBRE NO DESAPARECE.

Vigilar la aparición de:

Confusión.

Manchas en la piel, que no desaparecen con la presión.

Deshidratación.

Convulsiones.

Fiebre alta (>40°) que no desciende.

Vómitos que no ceden.

Si aparece alguno de estos signos, derivar al hospital

3. CONDUCTA A SEGUIR ANTE UN RESFRIADO

El resfriado común, rinitis, rinofaringitis o catarro de vías altas es la afección más frecuente en la infancia sobretodo hasta los 4 o 5 años de edad. En la mayoría de los casos está causado por virus y se producen con más frecuencia en la estación fría y con los cambios bruscos de temperatura.

Afecta a la mucosa de la nariz o la garganta.

Las manos y cualquier objeto sucio con moco nasal son un vehículo de contagio muy frecuente.

SIGNOS CLÍNICOS

Moco líquido: Goteo nasal, secreción nasal líquida transparente o amarillenta.

Nariz tapada (Obstrucción nasal): dificulta la lactancia materna y la alimentación.

OTROS SIGNOS QUE PUEDEN APARECER:

Tos, fiebre o diarrea, sobre todo en los lactantes.

Conjuntivitis (infección de los ojos).

COMPLICACIONES

Otitis media aguda (infección del oído) o infección de vías respiratorias bajas (bronquitis, neumonía) en los niños/as pequeños (menores de 5 años).

TRATAMIENTO

Desobstruir la nariz: lavados nasales cuidadosos con una jeringa y con suero fisiológico o agua salada (3 pellizcos de sal en un vaso de té de agua hervida).

Ofrecer líquidos.

Si hay fiebre, administrar paracetamol.

No es necesario ningún tratamiento antibiótico.

Si hay recaídas muy frecuentes o complicaciones (otitis, afectación de vías bajas) debe derivarse al hospital.

Para evitar la transmisión (contagio): insistir en el lavado de manos, utilizar pañuelos desechables o trapos (trozos de melfa limpios).

RECOMENDACIONES A LA MADRE

Explicar y enseñar de forma práctica, como se hacen los lavados nasales.

Recomendar el lavado de manos.

Si no hay mejoría en 5 días o aparecen signos de gravedad (fiebre alta, dificultad al respirar, tos) debe acudir de nuevo al dispensario.

4. CONDUCTA A SEGUIR ANTE PROBLEMAS EN EL OÍDO

SI EL NIÑO/A TIENE PROBLEMAS DE OÍDO, PREGUNTAR A LA MADRE:

¿El niño/a tiene dolor?

¿El oído supura?

En caso afirmativo ¿hace cuanto tiempo?

VALORACIÓN:

Observar si hay supuración de oído.

Palpar / Tocar para determinar si hay un bulto detrás de la oreja que duele cuando se toca.

Si hay otoscopio disponible: observar si el tímpano esta rojo.



CLASIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE OÍDO

SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
Tumefacción (bulto) dolorosa al tacto detrás de la oreja y oreja desplazada hacia delante.	MASTOIDITIS	<p>Dar primera dosis de Antibiótico: Amoxicilina oral (ver dosis en el cuadro de la página 93).</p> <p>Dar la primera dosis de Paracetamol para el dolor</p> <p>Derivar urgentemente al hospital.</p>
Supuración (pus) visible del oído + información de que la supuración empezó hace 14 días o más.	OTITIS MEDIA CRÓNICA	<p>Secar el oído del niño/a: poner una mecha de algodón limpio mojado con ácido acético (vinagre) al 1% o Cl Na al 9 % (suero fisiológico) Dejar 1 minuto, secar e introducir un mecha de algodón limpia y seca. Observar que la madre o cuidador saben cómo hacerlo. Repetir la operación 4 veces al día.</p> <p>Aplicar gotas óticas: quinolona tópica.</p> <p>3 gts / 2 veces al día de 5 a 7 días no más de 10 días</p> <p>Derivar al hospital si no mejora.</p>
Supuración visible del oído e información de que esta empezó hace menos de 14 días, dolor de oído o tímpano rojo (otoscopia).	OTITIS MEDIA AGUDA	<p>Dar Amoxicilina durante 7 a 10 días (ver dosis en el cuadro de la página 93).</p> <p>Dar paracetamol para el dolor</p> <p>Secar el oído con mechas de algodón si hay supuración.</p> <p>Control a los 5 días.</p>
No hay tumefacción dolorosa detrás de la oreja, ni supuración visible, ni tímpano rojo.	NO TIENE OTITIS NI MASTOIDITIS	<p>Aconsejar a la madre sobre los cuidados del niño/a en la jaima.</p>

MENSAJES PARA LA MADRE / ABUELA PARA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO EN LA JAIMA:

Explicar a la madre en qué consiste el tratamiento y porqué debe administrarse.

Describir las etapas del tratamiento.

Observar a la madre mientras administra el primer tratamiento en el dispensario.

Indicar a la madre cuantas veces debe administrar el tratamiento en casa.

Enseñar a la madre secar el oído con una mecha (ver cuadro).

Antes de que la madre se vaya del dispensario comprobar que ha comprendido todos los procedimientos que le hemos enseñado.

SECAR EL OÍDO CON UNA MECHA

Secar el oído por lo menos tres veces al día.

Retorcer un algodón o preferiblemente gasa absorbente formando una mecha empapada en suero fisiológico o ácido acético.

Colocar la mecha en el oído del niño/a.

Retirar la mecha cuando esté empapada.

Reemplazar la mecha por otra limpia y repetir el procedimiento hasta que el oído esté seco.

5. CONDUCTA A SEGUIR ANTE PROBLEMAS EN LA GARGANTA

SI EL NIÑO/A TIENE PROBLEMAS DE GARGANTA, PREGUNTAR A LA MADRE:

¿El niño/a tiene dolor?

VALORACIÓN:

Observar si hay exudados blancos en la garganta.

Observar si la garganta está enrojecida.

Palpar si hay ganglios en el cuello, aumentados y dolorosos.

CLASIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE GARGANTA

SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
Ganglios del cuello aumentados y dolorosos, y Exudado blanco en la garganta. Niño/a mayor de 3-4 años.	FARINGO-AMIGDALITIS AGUDA SUPURADA	Dar dosis única de penicilina Benzatina IM 600.000 UI o Amoxicilina oral (ver dosis en la página 93). Dar un remedio casero para aliviar el dolor de garganta. Si el dolor no cede o el niño/a tiene fiebre alta, dar Paracetamol.
Garganta enrojecida o con exudados blancos, pero sin ganglios aumentados o dolorosos.	FARINGITIS VIRAL	Dar un remedio casero para aliviar el dolor de garganta. Si el dolor no cede o el niño/a tiene fiebre alta dar Paracetamol. Aconsejar a la madre sobre los cuidados del niño/a en casa.
La garganta no está enrojecida ni con exudados blancos, ni ganglios aumentados y dolorosos.	NO TIENE FARINGITIS	Dar un remedio casero para aliviar la molestia de la garganta.

MENSAJES PARA LA MADRE / ABUELA PARA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO EN LA JAIMA:

Explicar a la madre en qué consiste el tratamiento y porqué debe administrarse.

Describir las etapas del tratamiento.

Indicar a la madre cuantas veces debe administrar el tratamiento en casa.

Antes de que la madre se vaya del dispensario comprobar que ha comprendido todos los procedimientos que le hemos enseñado.

ALIVIAR EL DOLOR DE GARGANTA Y LA TOS CON UN REMEDIO CASERO

REMEDIOS QUE SE RECOMIENDAN:

Leche materna para niños/as alimentados exclusivamente con ésta.

Otros remedios caseros culturalmente aceptados para niños mayores de 6 meses: miel con leche caliente o leche con "ALK" (resina del árbol Talja) o leche caliente con una cucharadita de aceite, etc.

MEDICAMENTOS CUYO USO NO SE RECOMIENDA:

jarabes antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos ni mucolíticos.

6. DOSIFICACIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS MÁS COMUNES

AMOXICILINA 50 mg/kg/día = 15mg/kg/dosis, 3 veces al día.

ERITROMICINA en caso de alergia a la Amoxicilina.

ESTOS ANTIBIÓTICOS NO DEBEN DARSE A MENORES DE DOS MESES

DOSIFICACIÓN DE AMOXICILINA

PESO	AMOXICILINA SUSPENSIÓN 125 mg/5cc	AMOXICILINA SUSPENSIÓN 250 mg/5cc	AMOXICILINA 15 mg/kg
	Dar 3 veces al día durante 10 días	Dar 3 veces al día durante 10 días	Dar 3 veces al día durante 10 días
DE 4 A 6,9 Kg	2,5 cc	1,25 cc	62,5 mg
DE 7 A 9,9 Kg	5 cc	2,5 cc	125 mg
DE 10 A 13,9 Kg	7,5 cc	3,75 cc	187,5 mg
DE 14 A 16 Kg	10 cc	5 cc	250 mg

Si el niño/a es alérgico a la penicilina, se le administrará Eritromicina siguiendo la dosificación de la tabla siguiente:

DOSIFICACIÓN ERITROMICINA

PESO	ERITROMICINA (Suspensión 250 mg/5cc) Dar 4 veces al día durante 7 días
DE 4 A 6,9 Kg	1,5 cc
DE 7 A 9,9 Kg	2,5 cc
DE 10 A 13,9 Kg	3 cc
DE 14 A 16 Kg	4 cc



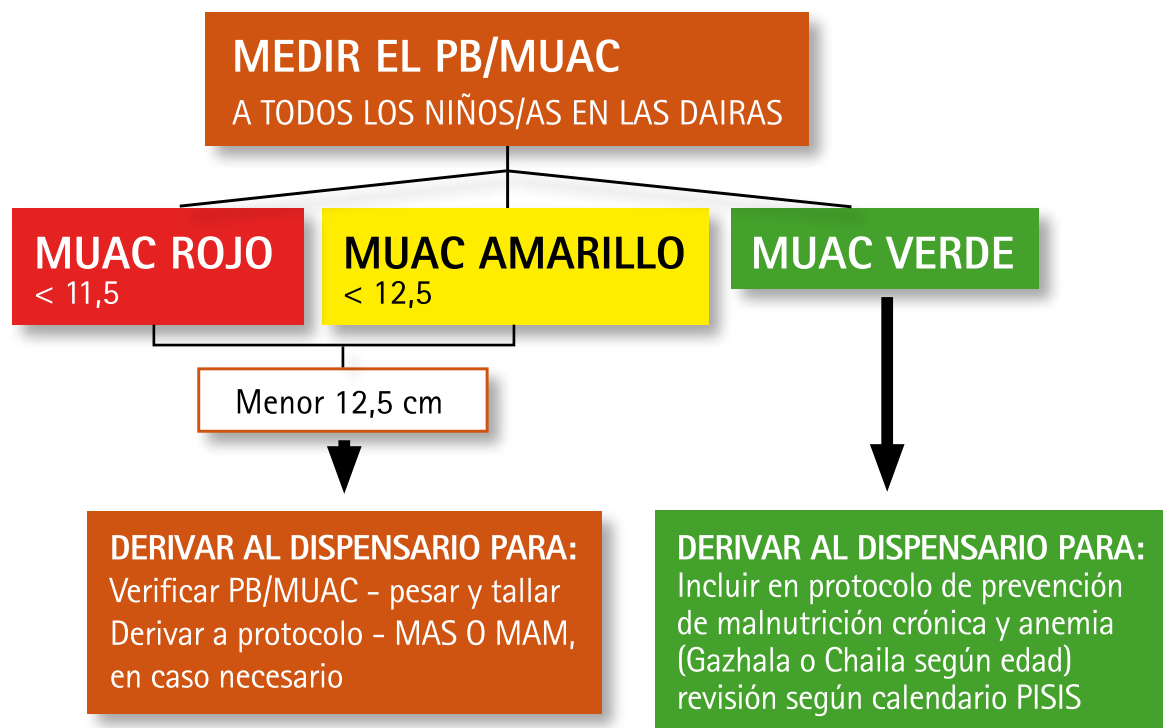
7 LAS TAREAS DE LAS JEFAS DE BARRIO CON LAS FAMILIAS (EN LA JAIMA Y EN LA CASA)

La captación de todos los niños/as y el seguimiento en las jaimas de los casos que lo necesitan es la tarea fundamental de las jefas de barrio que contribuirá al buen funcionamiento del PISIS.

1. BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS DE MALNUTRICIÓN

La eficacia y el impacto de las actividades de tratamiento de la malnutrición, en cualquiera de sus formas, sólo se consiguen si la detección de los casos se realiza de forma precoz, lo antes posible.

Para ello es imprescindible que las jefas de barrio midan el **PB/MUAC A TODOS LOS NIÑOS/AS EN LAS JAIMAS Y REMITAN AL DISPENSARIO A TODOS LOS QUE TENGAN EL PB/MUAC ROJO O AMARILLO** para verificar las mediciones (PB/MUAC, pesar y tallar) y, si es necesario, admitirlo en el protocolo nutricional correspondiente (**MAS o MAM**).



Al inicio del programa realizar campañas de detección masiva en todas las dairas y en todos los barrios, posteriormente, limitar los rastreos masivos a momentos puntuales o estratégicos.

Las jefas de barrio, con el apoyo del personal de los dispensarios, deben dividir cada barrio en varias zonas, que deben cubrirse paulatinamente a lo largo de varios días, hasta completar las visitas a todos los niños/as del barrio.

La jefa de barrio debe evitar que estos niños/as abandonen el programa (3 visitas consecutivas sin acudir al dispensario) investigando las razones de las ausencias y en caso de abandono conseguir el retorno del niño/a al programa.

El jefe/a de dispensario preparara un listado por barrio de los niños/as que no han ido a la visita desde la primera visita que falten.

2. EL SEGUIMIENTO DE CASOS

El jefe/a de dispensario decidirá las visitas domiciliarias a realizar, explicando a la jefa de barrio los motivos por los que debe ir a la jaima y aconsejándola sobre cómo actuar durante la visita, las observaciones a realizar y el resultado esperado.

LAS VISITAS A LAS JAIMAS SE REALIZARÁ EN LOS SIGUIENTES CASOS:

Familias con niños/as en tratamiento nutricional cuando la recuperación del niño no va como se esperaba.

Familias que no cumplen con el calendario de visitas previsto para prevenir el abandono definitivo del programa, especialmente aquellas ausencias durante un tratamiento nutricional.

CUANDO LA JEFA DE BARRIO VISITA LAS JAIMAS REALIZARÁ LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

Observar las condiciones de higiene, y ver si los otros niños/as de la familia acuden al dispensario a las revisiones y cumplen el calendario de vacunas (cartilla roja). Citarlos en caso negativo.

Hacer encuesta alimentaria a la madre: ¿conoce las pautas de preparación y administración de alimentos, no sólo de los productos terapéuticos, para sus hijos y para sí misma (por ejemplo. madre lactante o embarazada)?.

Medir el **PB / MUAC** de todos los niños/as de 0-59 meses.

3. MENSAJES IMPORTANTES PARA LAS JEFAS DE BARRIO

Hay que llegar a toda la población y captar a todos los niños/as haciendo especial hincapié en la detección de la desnutrición aguda independientemente de que acudan al dispensario o no.

Hay que captar a todos los niños/as entre 0 y 59 meses para que acudan de forma regular a las revisiones y actividades preventivas en los dispensarios al igual que a un estricto seguimiento del calendario de vacunas y a recibir el producto fortificado (Gazhala o Chaila).

En el caso de los niños/as con malnutrición hay que seguir los casos en los que no acuden a una cita (potencial abandono del tratamiento), averiguar las causas e intentar que los niños/as se mantengan en el protocolo por los beneficios pueden obtener del producto.

En el caso de los protocolos nutricionales de tratamiento de la malnutrición, para que el niño/a se cure, hay que utilizar los alimentos entregados de manera correcta.

En los casos de niños/as que no están obteniendo ganancia de peso, hay que averiguar las causas, preguntando primero a la madre y si no se observa mejoría, visitando las jaimas para ver como se está usando el producto en el domicilio (cantidad, higiene, pautas, etc.).

Hay que evitar convocar a las madres con niños/as innecesariamente para evitar una situación de "rechazo" si no se detecta ningún problema ya que puede ocasionar frustración y fatiga en las madres.

Cuando el rechazo se produce, es importante tratarlo de forma adecuada, poniendo énfasis en que la derivación a partir de la jaima no es siempre garantía de la entrada del niño/a al protocolo (p.e. no prometer tratamiento curativo) y haciendo énfasis en los aspectos positivos del PISIS.

8 LA SENSIBILIZACIÓN

Para mejorar el impacto en cobertura del PISIS es esencial complementar las actividades que se realizan en los dispensarios con intervenciones de sensibilización a toda la población.

La malnutrición infantil es un problema de salud que preocupa a toda la población. No sólo porque aumenta la incidencia de enfermedades agudas sino porque además tiene consecuencias sobre la salud física y mental del niño/a que le acompañaran hasta su edad adulta y tendrán consecuencias a corto, medio y largo plazo en el desarrollo de la sociedad saharauí.

En la población saharauí coexisten mensajes heterogéneos, y a veces contradictorios, respecto al cuidado y alimentación correcta de los niños/as, debidos fundamentalmente a la multiplicidad de informaciones procedentes de fuentes diversas: tradiciones culturales y familiares, personal de salud, gente que procede de otras culturas.

Las familias necesitan informaciones útiles, actitudes y capacidades respecto al cuidado de los hijos/as en áreas como: la adecuada alimentación, la higiene, el sueño, el llanto, el control de esfínteres, la protección ante peligros, los cuidados emocionales, las enfermedades y los problemas de salud más frecuentes (catarros, diarreas, accidentes infantiles, fiebre...).

A través de la educación para la salud en los dispensarios y en las dairas se debe capacitar a las familias y a la comunidad en como cuidar y alimentar de forma adecuada a sus hijos/as, las distintas etapas de su crecimiento, a reconocer los signos de enfermedad,... para que de esta forma puedan hacerse responsables de su salud (ver anexos 4-11).

1. ¿QUIÉN REALIZA LA SENSIBILIZACIÓN?

El personal de los dispensarios (el jefe/a del dispensario y adjunta) en estrecha colaboración con las jefas de los barrios, ya que son estas las que están permanentemente en contacto con la población de las dairas.

Se deberán explorar otros medios para realizar la sensibilización como puede ser a través de las promotoras de salud de la Unión de Mujeres Saharauis (UNS). Aunque este personal no es sanitario, su presencia en la comunidad es muy importante como canal complementario a lo que ya se está haciendo desde el MSPS.

Otro colectivo con presencia en la comunidad que debería explorarse es el de los curanderos tradicionales, con cuyo apoyo se podrían derivar casos de desnutrición que les llegasen a ellos.

2. ¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN?

Aumentar la cobertura del programa, es decir, aumentar el número de niños/as que acuden a los dispensarios a seguir el PISIS y/o sus protocolos específicos. Para ello, habrá que diseminar información clave sobre el funcionamiento y los resultados del programa a la población en general.

Sensibilizar a las madres sobre el problema de la malnutrición, sus causas y sus efectos, para poder prevenirla de una manera más efectiva.

3. ¿A QUIÉN VA DIRIGIDA LA SENSIBILIZACIÓN?

A la población general, mediante diversos canales de comunicación, formales e informales.

A las jefas de barrio que son quienes establecen el contacto directo con las familias en las jaimas.

4. ¿QUÉ ACTIVIDADES PUEDEN REALIZARSE PARA MEJORAR LA SENSIBILIZACIÓN Y ASÍ CONSEGUIR UNA MEJOR EFICIENCIA DEL PISIS?

La sensibilización de la población en general.

La educación en salud y nutrición de las familias.

La búsqueda activa de casos en las dairas.

El seguimiento en las jaimas de los casos en tratamiento en los dispensarios.

El seguimiento de los niños/as que no acuden al PISIS o que no evolucionan de forma favorable.

5. ¿QUÉ MENSAJES HAY QUE TRANSMITIR A LA POBLACIÓN GENERAL?

ASPECTOS PREVENTIVOS

La crianza de la hija/o supone dedicación y esfuerzo, cansancio, sacrificio, monotonía, dudas, soledad... pero también alegría, deleite, felicidad.

La malnutrición causa graves problemas tanto en el desarrollo físico como intelectual. Si no se trata las lesiones físicas e intelectuales son irreversibles.

La importancia de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses.

La introducción de la alimentación complementaria a partir de los seis primeros meses de vida.

Los métodos culinarios que preserven o incrementen el valor nutricional de los alimentos, combinaciones de alimentos adecuadas y número suficiente de comidas durante el día para evitar la desnutrición infantil (ver anexo 6, 7, 8 y 11).

La higiene general y alimentaria (ver anexo 9).

El consumo y conservación del agua.

La correcta utilización de los complementos nutricionales (Ghazala y Chaila), las raciones, maneras de preparación y las condiciones higiénicas (ver anexo 7, 8 y 9).

ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO DE LA MALNUTRICIÓN:

La correcta utilización del PlumpyNut®, raciones y condiciones higiénicas (ver pág. 56).

La correcta utilización de la soya: como cocinarlo de forma atractiva (ej. pan, tortitas, galletas, cuscus, etc.) y otras preparaciones culinarias que favorezcan su aceptación.

Cómo tratar las enfermedades más habituales (fiebre, resfriado...) (ver pág. 75-93).

6. ¿CÓMO SE PUEDEN TRANSMITIR ESTOS MENSAJES A LA POBLACIÓN GENERAL?

La mayor parte de la población está familiarizada con las actividades nutricionales que se llevan a cabo en los dispensarios, tanto las de carácter preventivo como las de tratamiento. A pesar de ello, es necesario aclarar las dudas que puedan darse y disminuir el nivel de confusión que existe sobre cómo se complementan unas actividades con otras (actividades preventivas y de detección frente a tratamientos nutricionales). Se deben coordinar los mensajes evitando contradicciones y mensajes complejos o extensos.

Para ello se proponen las siguientes actividades:

REUNIONES CON LAS AUTORIDADES DE LA WILAYA: permiten el intercambio continuo entre las autoridades sanitarias y las de la wilaya sobre los progresos y los problemas que pueden registrarse en los dispensarios y encontrar, de forma conjunta, las soluciones adecuadas.

LA RADIO COMUNITARIA es muy utilizada por la población y, por ello, muy útil para difundir mensajes en hasania de forma simple y comprensible evitando el lenguaje técnico. Los mensajes deben ser suficientemente claros para ser entendidos por la población, breves y concisos y contribuir a eliminar dudas y barreras de acceso. **Se propone:**

La descripción de aspectos básicos acerca del programa y sus diferentes protocolos en forma de **ENTREVISTA A UNA PERSONA RELEVANTE**. Este formato se puede hacer para explicar y dar información detallada sobre las actividades que se realizan.

PROGRAMAS RADIOFÓNICOS (charlas entre madres, conversaciones entre una madre y el/la jefe de dispensario...). Este formato es más estructurado, puede incluir canciones, y aumenta el impacto de los mensajes.

EMISIONES TELEVISIVAS: La televisión regional también se puede utilizar para explicar a la población el funcionamiento del programa y sus actividades de forma visual y lanzar las ideas más importantes. Se pueden hacer entrevistas, que parece ser el formato de preferencia en la población para temas de salud, pero acompañado por imágenes de cómo funciona el programa en los dispensarios. Incluso el filmar todo el proceso realizado de forma adecuada podría servir de ejemplo y animar a las responsables de barrio y jefes de dispensario a mejorar su metodología.

LA ELABORACIÓN DE CARTELES Y FOLLETOS son útiles para la difusión de temas concretos y para reforzar la presencia del mensaje.

CHARLAS EN LA DAIRA: cada dispensario organiza charlas en las dairas relativas a temas relevantes de salud. Alguna de estas charlas debería estar destinada a explicar los programas nutricionales. En ellas deberían participar los nutricionistas de la wilaya.

CREACIÓN DE GRUPOS DE MADRES/PADRES/ABUELAS/CUIDADORES: mediante técnicas participativas de educación para adultos, difundir los mensajes clave en cada área. Por ejemplo, talleres de lactancia materna, talleres de cocina donde se integren prácticas higiénicas, uso de productos fortificados o de CSB, etc. Estos grupos pueden ocuparse a su vez de difundir la información a otras familias dentro de sus barrios, como grupos de apoyo.



9 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA NUTRICIÓN

La educación para la salud se basa en la promoción de hábitos de vida saludables que traducen cambios reales de comportamiento y en el desarrollo de las habilidades básicas de las personas para obtener la máxima autonomía en las situaciones cotidianas.

1. ESTRATEGIAS Y MÉTODOS PARA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA NUTRICIÓN

El contenido de toda transferencia educativa debe incluir los aspectos relacionados con conocimientos, información, procedimientos, habilidades y actitudes.

La efectividad educativa depende más de las motivaciones que se activan en el interlocutor que de las intenciones del educador.

Los agentes educativos son los profesionales de la salud, los contactos próximos (familia, comunidad) y los medios de comunicación.

Los métodos educativos y los mensajes de salud pueden ser a nivel individual o a nivel grupal.

LOS MENSAJES INDIVIDUALES SE CLASIFICAN EN:

Aquellos que hay que dar a la madre en cada una de las visitas al PISIS.

Aquellos que refieren a como la madre debe actuar en caso de que el niño/a presente algún tipo de enfermedad o algún tipo de desnutrición.

MENSAJES INDIVIDUALES EN CADA VISITA DEL PISIS

Los consejos de salud son instrumentos básicos de prevención y son una parte importante y fundamental en las consultas del PISIS.

En el calendario de revisiones periódicas se protocolizan para cada visita, cuáles deben ser los consejos de salud en referencia a: higiene, alimentación y prevención de accidentes. Toda consulta al PISIS debe incluir un consejo de salud claro, breve y conciso sobre estos tres aspectos (ver pág. 115 a 120).

Los mensajes esenciales para las madres/familias a difundir en cada una de las visitas de seguimiento del PISIS se encuentran en los anexos de esta guía.

MENSAJES INDIVIDUALES PARA LOS PROCESOS AGUDOS MÁS FRECUENTES

El objetivo es ofrecer la información necesaria e instruir a la madre / familia sobre habilidades básicas para actuar de forma autónoma y resolver procesos leves. La información correspondiente se encuentra en los anexos 10 y 11 de esta guía.

MENSAJES INDIVIDUALES PARA LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN ESPECÍFICOS

Los mensajes específicos para cada protocolo nutricional se encuentran en los capítulos correspondientes a dichos protocolos de esta guía (capítulo 4, anexos 7 y 8).

OTROS MENSAJES ESENCIALES PARA LAS MADRES

Son mensajes dirigidos a las madres para saber cómo deben administrar tratamientos por vía oral, cuando deben volver al dispensario, y para ofrecerles consejos sobre su propio cuidado (anexo 11).

TALLERES INTERACTIVOS PRÁCTICOS

La educación grupal es un elemento importante en la educación para la salud. La eficacia puede ser similar a la educación individual pero en la educación en grupo se favorece el intercambio de experiencias y se economiza tiempo y personal.

Principalmente deben usarse métodos participativos y basados en las habilidades, huyendo de lecciones magistrales. Las estrategias educativas centradas en las habilidades se han demostrado que son mucho más efectivas que las basadas únicamente en los conocimientos.

EN EL PISIS SE HAN DEFINIDO UNA SERIE DE TALLERES PRÁCTICOS PARA CUMPLIR ESTOS OBJETIVOS EDUCATIVOS:

Lactancia materna.

Alimentación complementaria a los 6 meses, 9 meses y mayores de 1 año.

Talleres de cocina específicos para tratamiento nutricional complementario.

Desde las consultas del PISIS debe informarse de la realización de los talleres educativos e informar sobre el taller indicado según la edad del niño/a. Debe indicarse el lugar, día y hora de su realización, animando fuertemente a su asistencia.

Es muy importante la asistencia casi "obligatoria" de las madres jóvenes y primerizas. Iniciar una crianza con unos buenos hábitos de salud y una base de conocimientos preventivos, es fundamental.

No obstante, esto no significa que las madres ya experimentadas no deban acudir a los talleres. El objetivo para ellas será reforzar los conocimientos y habilidades correctas, intentar un cambio en las incorrectas y compartir sus experiencias positivas con las madres más inexpertas.

METODOLOGÍA Y DIRECTRICES PARA CADA TALLER PRÁCTICO:

Definición del objetivo de cada taller.

Número máximo de asistentes.

Preparación teórica previa del instructor.

Material necesario para la sesión.

Programa de la sesión y tiempo previsto para cada actividad.

Presentación instructor.

Presentación de las/los participantes.

Presentación del taller: estructura, objetivos.

Explicación teórica: breve, clara y concisa.

Técnica grupal: lluvia de ideas, role playing, juegos con tarjetas, Phillips 6/6, teatro marionetas.

Se definirán los métodos educativos específicos para cada taller.

Al finalizar el taller se marcará la asistencia en la ficha individual de cada niño/a.

ESCUELAS DE MADRES/PADRES Y MAESTROS PARA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN GUARDERÍAS Y ESCUELAS

Las guarderías son un lugar recomendable para realizar actividades educativas en temas de salud, dirigida a las familias de niños/as entre 2 y 5 años. Deben reforzarse sobre todo conocimientos en alimentación, actuación ante procesos leves de enfermedad y prevención de accidentes y primeros auxilios.

La periodicidad podría ser 1 sesión por trimestre e impartidas por las mismas madres y cuidadoras, bajo la dirección y supervisión de la jefa de dispensario y la persona que delegue la UMS como promotora de salud. Utilización de métodos interactivos: teatro, títeres, canciones para los niños/as, etc.

GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN CASOS DE MAS Y MAM

Si coinciden en alguna daira varios casos de **MAS** y/o **MAM** podrían agruparse para realizar unas sesiones de formación, soporte y seguimiento, dirigido por la responsable de daira del PISIS.

10 BIBLIOGRAFÍA

Plan Estratégico de Salud de la República Árabe Saharaui Democrática 2011-2015. Disponible en: <http://www.saharasalud.org>

República Árabe Saharaui Democrática. Estrategia de Nutrición para el pueblo Saharaui; Mayo, 2009

Ministerio de Salud Pública, República Árabe Saharaui Democrática. "Cartilla de Salud infantil"; 2010

MSPS, WFP, MdM, NCA, AUC. Encuesta nutricional y de Seguridad alimentaria en los Campamentos de refugiados Saharauis en Tindouf Argelia; Octubre 2008.

USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, UNICEF, WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. WHO; 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf

USAID/ GH /HIDN. PVO Child Survival and Health Grants Program (Technical Reference Materials Nutrition; 2010. Disponible en: http://www.fantaproject.org/pm2a/TRM_PM2A_RevisedNov2010.pdf

WHO. Multicentre Growth Reference Study Group: WHO Child Growth Standards: Length/height- for -age, weight-for age, weight for length, weight for height and body mass index-for age; Methods and development. Genève: World Health Organization; 2006. Disponible en <http://www.who.int/childgrowth/standards/technicalreport/en /index.html>

OMS, UNICEF, PMA, SCN. Déclaration commune. Prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe sévère. Genève. New York, Rome; 2007. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/Statement_community_based_man_sev_acute_mal_fre.pdf

OMS, UNICEF. Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aigüe sévère chez l'enfant. Genève; 2009.

Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789242598162_fre.pdf

OMS Soins hospitaliers pédiatriques (prise en charge des affections courantes dans les petits hopitaux; 2007. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf

UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP, PNUD, ONUSIDA, PAM y Banco Mundial. Para la Vida UNICEF; 2002. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/index_4387.html

Comissió Europea, Institut de Salut infantil IRCCS Burlo Garofolo, Unitat de recerca per a Serveis Sanitaris i Salut Internacional, KarolinskaInstitutet, IFPRI, Generalitat de Catalunya, UNICEF, "L'alimentació de lactants i nens petits: recomacions estàndard per a la Unió Europea"; Barcelona; 2007.

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de pediatría. "Lactancia Materna: Guía para profesionales"; Ergon; 2004.

Disponible en: http://www.nutrinfo.com/archivos/ebooks/lactancia_materna.pdf

Valid International and Concern Worldwide "Community-based Therapeutic Care (CTC) A Field Manual"; 2006. Disponible en: http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/CTC_a_Manual_v1_Oct06.pdf

Golden M, Grellety I. Guidelines for the management of the severely malnourished; January, 2007.

Leon García LM, Ugaz Estrada MB, Vilca Bengoa R. "Curso clínico de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con enfoque de Derechos. Cuadros de procedimientos - Atención a niñas, niños menores de 2 meses. Atención a niñas, niños de 2 meses a 5 años". Ministerio de Salud: Dirección General de Salud de las personas. Lima. Ministerio de la Salud Peruano; 2007

Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/AIEPI/Oa2meses.pdf>

Vidal Thomas C, Bibiloni Sancho J, Cañellas Pons R. Programa del Niño Sano. Ministerio de Salud Pública de la RASD, Palma de Mallorca; 2003.

PMA "Alimentos compuestos fortificados: Recetas Información y usos prácticos." Dirección de estrategias y políticas. Unidad técnica de nutrición; Julio 2002.

CISP-WHO-ECHO. The nutritional status and nutritional vulnerability of Saharawi refugees. Encuesta Nacional de Nutrición, Campos de Refugiados Saharawi; 2001.

Marchand E, Seal A, Migrani Z. "Anthropometric and Micronutrient Nutrition Survey" Saharawi Refugee Camps Tindouf, Algeria" UNHCR, WFP, UCL; September; 2002.

Branca F, Ferrari M, Bhatia R. Nutrition Survey Saharawi Refugee Camps Tindouf. Algeria. UNHCR, WFP, INRAN; 2005.

Barikmo I. Base-line and assessment study of the nutritional situation in two regions in the Saharawi Refugee Camps, Tindouf, Algeria. NCA AUC; Abril, 2005.

Steyer N, AbuShanab M, Upadhyay J. UNHCR/WFP Joint Assesment Mission. Algeria; 2007.

Valid International. Etude de Faisabilité d'un Projet Soins Nutritionnels à Base Communautaire. Camps des refugiés Saharaouis Région de Tindouf Algérie; Juin 2007.

Mohammed Salem A, Barikmo I, Henjum S. Prevalence of goitre and evaluation of food intake among Saharawi refugees in camps in Tindouf, Algeria. RASD, NCA, UCA; March 2008.

Valid internacional. Informe técnico de la puesta en marcha de las actividades de Manejo de la Malnutrición Aguda Severa en los campos de Refugiados Saharaouis en Tindouf (Argelia); Mayo 2008.

Valid International. Informe sobre Aspectos de Movilización Comunitaria del Programa CTC de MDM en los Campamentos Saharai en Tindouf (Argelia); Junio 2008.

Valid International. Segundo Informe sobre Aspectos de Movilización Comunitaria del Programa CTC de MDM en los Campamentos Saharai en Tindouf (Argelia); Octubre 2008.

Valid International. Informe técnico intermedio del Programa de Manejo de la Malnutrición Aguda Severa en los campos de Refugiados Saharaouis en Tindouf (Argelia); Diciembre, 2008.

Valid International. Enquête de couverture du projet CTC dans les Camps de Refugiés Saharaouis de la région de Tindouf (Algérie); Décembre 2008.

Valid International. Informe técnico final del Programa de Manejo de la Malnutrición Aguda Severa en los campos de Refugiados Saharaouis en Tindouf (Argelia); Abril 2009.

Acharya P, Wilkinson C. Joint UNHCR WFP Nutrition Mission to the Saharawi camp in Algeria; April 2009.

Salse N, Wilkinson C. Nutributter and MNP Acceptability Test protocol. Saharawi Camps ACNUR- Algeria; July 2009.

Picazo,J. Guía práctica de vacunaciones para enfermería; 2003.

Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/2007lb1.pdf>

Pareja Bezares A, Torán Mateos M. Protocolos de Vacunas 4/2003. Formación Médica continuada. Doyma. Barcelona; 2003

Disponible en: http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&tip=66.249.71.248&articuloid=13055837

Salleras Sanmartin Ll. Vacunaciones preventivas; 2004.

Burgues A, Glasauer P. Guía de Nutrición de la familia. FAO Roma; 2006.

Junta de Andalucía. Manual de vacunaciones para Enfermería; 2008.

Disponible en: <http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentos%20de%20interes/Manual%20vacunaciones%20enfermeria.pdf>

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines&Immunizations. ACIP Recommendations ; 2009. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/>

Comisión Europea: Ayuda humanitaria, UNHCR/ ACNUR, Solidaridad Internacional, Secretaría de Estado de Agua y Medio ambiente de la RASD. Proyecto de agua para el Sahara Guía Responsable de grifo. Solidaridad Internacional Andalucía. Sevilla, España; 2010. www.solidaridad.org



ANEXOS

ANEXO 1: CALENDARIO Y CONTENIDOS DE CADA UNA DE LAS VISITAS PERIODICAS

REVISIONES DEL PISIS (RECIÉN NACIDOS A CUATRO MESES)					
EDAD	15 DÍAS	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES
SOMATOMETRIA	PESO Talla Perímetro craneal Fontanelas	PESO Talla Perímetro craneal Fontanelas	PESO Talla Perímetro craneal Fontanelas	PESO Talla Perímetro craneal Fontanelas	PESO Talla Perímetro craneal Fontanelas
HIGIENE	Lavado de manos antes de coger al bebé. Ombligo. No abrigo excesivo. Baño diario	Lavado de manos antes de coger al bebé. Baño diario. Buen secado. Genitales niñas adelante hacia atrás	Lavado de manos antes de coger al bebé. Baño diario. Buen secado. Genitales niñas adelante hacia atrás	Lavado de manos antes de coger al bebé. Baño diario. Buen secado. Genitales niñas adelante hacia atrás	Lavado de manos antes de coger al bebé. Baño diario. Buen secado. Genitales niñas adelante hacia atrás
REPOSO / SUEÑO	Colchón duro	Boca arriba o de lado			
HABITOS INTESTINAL Y URINARIO	Meconio Orina rosada	Deposiciones frecuentes de color amarillento. Si LM 5/6 deposiciones o varios días sin deposición			
ALIMENTACIÓN	Frecuencia y técnica LM (posiciones) Lactancia materna a demanda	Lactancia materna a demanda por lo menos 9 veces / día. Si se dan biberones revisar la preparación	Lactancia materna a demanda por lo menos 9 veces / día. Si se dan biberones revisar la preparación	Lactancia materna a demanda por lo menos 9 veces / día. Si se dan biberones revisar la preparación	
DESARROLLO PSICOMOTOR	Tono muscular Succión Duerme mucho tiempo	Sonríe Levanta la cabeza Reacciona a la voz	Reacciona al ruido. Sonríe a la madre, sonidos guturales, fija la mirada Levanta la barbilla	Se mira y juega con las manos Aguanta la cabeza Contesta con sonidos	Intenta coger objetos. Levanta barbilla y pecho cuando está boca abajo. Mira a la cara. Sigue objetos. Ríe fuerte

**REVISIONES DEL PISIS (RECIÉN NACIDOS A CUATRO MESES) (continuación)**

EDAD	15 DÍAS	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES
BOCA/DIENTES	Forma de la boca, paladar hendido	Observar lesiones en la mucosa, manchas blancas			
PIEL	Estado de hidratación Coloración Lesiones				
ABDOMEN	Ombligo	Hernia umbilical Hernia inguinal			
APARATO LOCOMOTOR	Observar alguna deformidad del pie, simetría pliegues extremidades inferiores.				
REGISTROS EN CSI Y FICHA PISIS ARCHIVO FICHA LISTADO PENDIENTE VACUNAS	CSI: registro peso Talla, PC, gráfica Gráfica en ficha Clasificación del estado nutricional	CSI: registro peso Talla, PC, gráfica Gráfica en ficha Clasificación del estado nutricional	CSI: registro peso Talla, PC, gráfica Gráfica en ficha Clasificación del estado nutricional	CSI: registro peso Talla, PC, gráfica Gráfica en ficha Clasificación del estado nutricional	CSI: registro peso Talla, PC, gráfica Gráfica en ficha Clasificación del estado nutricional
VACUNACIÓN		Revisar BCG, VPO, HB	Revisar VPO, HB, DTP, Hib	Revisar	Revisar VPO, DTP, Hib
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	No usar almohada Tabaquismo pasivo	No exponer al sol Transporte		Peligro de llevarse objetos pequeños a la boca	
CONSEJOS			Insistir en la Lactancia Materna a demanda	Insistir en la Lactancia Materna a demanda	Insistir en la Lactancia Materna a demanda

REVISIONES DEL PISIS DE 6 MESES A 15 MESES

EDAD	6 MESES	8 MESES	9-10 MESES	12 MESES 1 AÑO	15 MESES
SOMATOMETRÍA	Verificación edemas MUAC /PB Braquial PESO/TALLA P. craneal Fontanelas	Verificación edemas MUAC /PB Braquial PESO/TALLA P. craneal Fontanelas	Verificación edemas MUAC /PB Braquial PESO/TALLA P. craneal Fontanelas	Verificación edemas MUAC / P. Braquial PESO/TALLA P. craneal Fontanelas Hemoglobina	Verificación edemas MUAC /P. Braquial PESO/TALLA P. craneal Fontanelas
HIGIENE	Lavado de manos antes de coger al bebé. Baño diario Buen secado. Genitales niñas adelante hacia atrás	Baño diario	Baño Limpiar genitales niñas de delante hacia atrás	Baño Limpiar genitales niñas de delante hacia atrás	Baño Limpiar genitales niñas de delante hacia atrás
REPOSO / SUEÑO	Hábitos horarios estables	Hábitos horarios estables	Horas de sueño Toma cena antes de acostarse	Horas de sueño Toma cena antes de acostarse	Horas de sueño Toma cena antes de acostarse
HÁBITOS INTESTINAL Y URINARIO	Con las papillas las deposiciones cambian de color, consistencia y olor		Ritmo deposicional		
ALIMENTACIÓN	INICIAR PAPILLAS de arroz, verdura o lentejas y /o fruta y continuar con la lactancia materna	Lactancia materna + 2 papillas al día Introducir: · Carne de pollo en papilla verdura · Papilla trigo	Masticación. Introducida yema de huevo, yogur, pescado. 3 papillas día de textura gruesa. Lactancia materna	Come sentado Come de todo 5 comidas/día. L. Materna Insistir en la introducción de huevo y carne	Come sentado en familia 5 comidas/día Lactancia Materna
DESARROLLO PSICOMOTOR	Se sienta con ayuda de una almohada detrás Balbucea da...da... Pa...pa...ma...ma... Inicia movimientos de reptación para coger objetos. Se coge los pies. Necesidad de estimulación	Cambia los objetos de mano. Se sienta unos minutos Tira objetos al suelo. Se da la vuelta. Se quita el pañuelo de la cara. Reconoce voces, imita sonidos	Se sienta sólo sin ayuda Aplauda, dice adiós. Intenta gatear	Gatea, señala con el dedo. Reconoce su nombre Inicia masticación Entiende prohibiciones	Dice 5-6 palabras Come solo Camina solo o cogido de la mano Entiende órdenes

**REVISIONES DEL PISIS DE 6 MESES A 15 MESES (continuación)**

EDAD	6 MESES	8 MESES	9-10 MESES	12 MESES 1 AÑO	15 MESES
BOCA/ DIENTES		Ver número dientes			
OJO			Reflejo foto ocular		
ABDOMEN		Morfología	Palpación Presencia de hernias	Palpación Presencia de hernias	Palpación Presencia de hernias
GENITO- URINARIO			Palpación testículos en bolsas Fimosis, balanitis Infecciones urinarias	Palpación testículos en bolsas Fimosis, balanitis Infecciones urinarias	Palpación testículos en bolsas Fimosis, balanitis Infecciones urinarias
APARATO LOCOMOTOR					Asimetría pelvis
REGISTROS EN CSI Y FICHA PISIS · ARCHIVO FICHA · LISTADO PENDIENTE VACUNAS	CSI: registro peso Talla, PC, gráfica Gráfica en ficha Clasificación del estado nutricional	CSI: registro peso Talla, PC, gráfica Gráfica en ficha Clasificación del estado nutricional			
VACUNACIÓN	Revisar VPO, HB DTP, Hib	Revisar	Revisar Sarampión	Revisar	
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	Quemaduras con fogones de té o braseros	Seguridad en el transporte			
CONSEJOS	2 papillas al día + lactancia materna	No picotear entre comidas	Atraganta- miento por objetos pequeños Quemaduras	Peligros en la cocina, quemaduras, jabones...	Peligro atropellos exterior de la jaima

REVISIONES DEL PISIS DE 18 MESES A 5 AÑOS

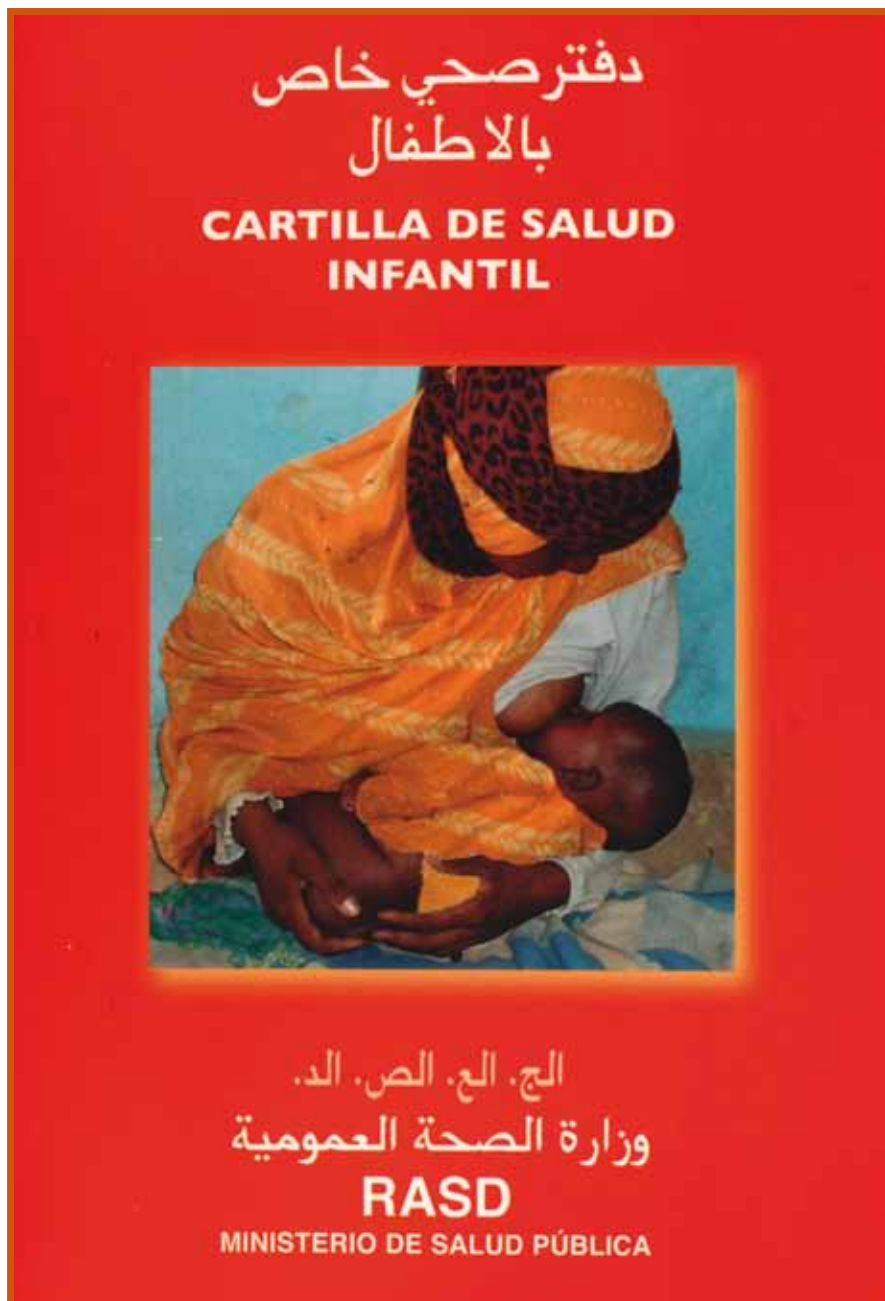
EDAD	18 MESES	24 MESES (2 A)	36 MESES	4 AÑOS	5 AÑOS
SOMATOMETRÍA OTRAS PRUEBAS	Verificación edemas MUAC / P. Braquial PESO/TALLA P. craneal Fontanelas	Verificación edemas MUAC / P. Braquial PESO/TALLA	Verificación edemas MUAC / P. Braquial PESO/TALLA Hemoglobina	Verificación edemas MUAC / P. Braquial PESO/TALLA	Verificación edemas MUAC / P. Braquial PESO/TALLA Hemoglobina
HIGIENE	Baño. Limpiar genitales niñas de delante hacia atrás	Baño. Limpiar genitales niño de delante hacia atrás	Higiene general, lavado manos	Higiene general, lavado manos	Lavado manos
REPOSO/ SUEÑOS	Horas de sueño Toma cena antes de acostarse	Horas de sueño Toma cena antes de acostarse	Horas de sueño Toma cena antes de acostarse	Horas de sueño Toma cena antes de acostarse	Horas de sueño Toma cena antes de acostarse
HÁBITOS INTESTINAL Y URINARIO	Inicia control diurno esfínteres				Control esfínteres nocturno
ALIMENTACIÓN	Come sentado en familia 5 comidas/día Lactancia Materna	Come sentado en familia 5 comidas/día Lactancia Materna	Dieta variada 4-5 veces día	Dieta variada 4-5 veces día	Dieta variada 4-5 veces día No picar, no dulces
DESARROLLO PSICOMOTOR	Reconoce su nombre. Dice frases cortas. Imita actividades Identifica partes del cuerpo	Se levanta sólo Se quita prendas de ropa	Social Lenguaje	Social Lenguaje	Social Lenguaje
BOCA/DIENTES			Explorar estado boca	Higiene/caries	Higiene/caries
OÍDOS/OJOS				Agudeza visual	Agudeza visual
ABDOMEN	Palpación Presencia de hernias	Palpación Presencia de hernias	Palpación Presencia de hernias	Palpación Presencia de hernias	Palpación Presencia de hernias

**REVISIONES DEL PISIS DE 18 MESES A 5 AÑOS (continuación)**

EDAD	18 MESES	24 MESES (2 A)	36 MESES	4 AÑOS	5 AÑOS
GENITO-URINARIO	Palpación testículos en bolsas Fimosis, balanitis Infecciones urinarias	Palpación testículos en bolsas Fimosis, balanitis Infecciones urinarias	Palpación testículos en bolsas Fimosis, balanitis Infecciones urinarias	Palpación testículos en bolsas Fimosis, balanitis Infecciones urinarias	Palpación testículos en bolsas Fimosis, balanitis Infecciones urinarias
APARATO PSICOMOTOR				Exploración columna y piernas	Escoliosis o desviación columna
REGISTROS EN CSI Y FICHA PISIS ARCHIVO FICHA LISTADO NIÑOS A Y P LISTADO VACUNAS.	Peso, Talla y MUAC Clasificar según estado nutricional Gráfica ficha	Peso, Talla y MUAC Clasificar según estado nutricional Gráfica ficha	Peso, Talla y MUAC Clasificar según estado nutricional Gráfica ficha	Peso, Talla y MUAC Clasificar según estado nutricional Gráfica ficha	Peso, Talla y MUAC Clasificar según estado nutricional Gráfica ficha
VACUNACIÓN	Revisar VPO, DTP, + Hib, TV	Revisar	Revisar		Revisar
CONSEJOS	Intoxicaciones	Quemaduras Hornillos	Intoxicación Atragantamiento	Intoxicación	Intoxicación



ANEXO 2: CARTILLA ROJA Y FICHA DE SEGUIMIENTO EN EL DISPENSARIO



P.I.S.I.S.
Programa Integral de salud infantil saharaui
بيبيسيس
برنامج الصحة الشامل لطفل الصحراوي

Nombre del niño: _____ اسم الطفل: _____

Nombre de la madre: _____ اسم الأم: _____

Niño Nña
 Fecha nacimiento: / / تاريخ الولادة
 Lugar del parto: _____ مكان الولادة

Hospital المستشفى
 Dispensario الصيدية
 Ajma ثنية
 Bada بادية

Wilaya: _____ الولاية
 Daira: _____ الدائرة
 Barrio: _____ الحي





Registro de vacunas

	0-1 mes	2 mes	4 mes	6 mes	9 mes	18 mes	6 años	14 años
BCG <input type="checkbox"/>								
VPO <input type="checkbox"/>	VPO <input type="checkbox"/>	VPO <input type="checkbox"/>	VPO <input type="checkbox"/>	VPO <input type="checkbox"/>		VPO <input type="checkbox"/>	VPO <input type="checkbox"/>	VPO <input type="checkbox"/>
HB <input type="checkbox"/>	HB <input type="checkbox"/>		HB <input type="checkbox"/>					
	DTP <input type="checkbox"/>	DTP <input type="checkbox"/>	DTP <input type="checkbox"/>			DTP <input type="checkbox"/>	DT <input type="checkbox"/>	Td <input type="checkbox"/>
	Hib <input type="checkbox"/>	Hib <input type="checkbox"/>	Hib <input type="checkbox"/>			Hib <input type="checkbox"/>		
					S <input type="checkbox"/>	TV <input type="checkbox"/>	TV <input type="checkbox"/>	

Otras vacunas: _____ Fecha: / /

Protocolos de nutrición

MAS TERAPEUTICO		MAM SUPLEMENTARIO		C CELIAQUIA	
Fecha entrada	Fecha salida	Fecha entrada	Fecha salida	Fecha entrada	Test
التاريخ	التاريخ	التاريخ	التاريخ	التاريخ	
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
L Lactancia Ayuda		G Ghazala 6 a 36 meses		C Chaila 37 a 59 meses	
Fecha	Cantidad de producto	Fecha	Cantidad de producto	Fecha	Cantidad de producto
التاريخ		التاريخ		التاريخ	
/ /		/ /		/ /	
/ /		/ /		/ /	
/ /		/ /		/ /	
/ /		/ /		/ /	

ANEXO 3: CALENDARIO VACUNAL SAHARAUI

La vacunación es una técnica sanitaria que se aplica a toda población sana susceptible de enfermar de determinados procesos infecciosos (producidos por bacterias o virus). Es la técnica más eficaz, efectiva y eficiente de salud pública.

La aplicación sistemática de vacunas ha conseguido la disminución de la incidencia de determinadas enfermedades infecciosas.

1. ¿QUÉ SON LAS VACUNAS?

Las vacunas son productos farmacológicos, preparados a partir de antígenos obtenidos de bacterias, virus u otros agentes infecciosos o de parte de ellos. Una vez introducida la vacuna en el organismo, este los identifica cómo agentes extraños e inicia una respuesta inmunitaria específica (inmunidad adquirida activa) que protege contra la enfermedad. Producen una infección similar a la natural pero más leve.

LAS VACUNAS SE PUEDEN CLASIFICAR COMO:

Vacunas de bacterias o virus vivos o atenuados.

Ejemplos: BCG (vacuna bacteriana), VPO y TV (víricas)

Vacunas de bacterias o virus muertos o inactivados.

Ejemplos: DTP, DTP, Hib (vacunas bacterianas), HB (vírica)



2. ¿CÓMO CONSERVAR LAS VACUNAS?

Es imprescindible respetar la cadena de frío para asegurar el buen estado de las vacunas y asegurar así su efectividad.

Se llama **cadena de frío** al sistema de conservación, transporte, manejo y distribución de las vacunas que permite conservar su eficacia desde la salida del laboratorio fabricante hasta el momento de la vacunación.

Para mantener la cadena de frío hay que tener en cuenta los siguientes elementos: cámaras frigoríficas y frigoríficos donde se almacenan, los vehículos frigoríficos y las neveras portátiles con sus acumuladores de frío donde se transportan de un lugar a otro, los controles de temperatura (máxima y mínima) de los frigoríficos y los indicadores químicos o testigos de frío (señalan mediante un cambio de color en el envase si la vacuna ha sido sometida a temperaturas que puedan anular su efecto).

Los acumuladores de frío deben almacenarse en el congelador, al menos dos días antes de su utilización. Hay que sacarlos a temperatura ambiente antes de meterlos en los contenedores hasta que salgan gotitas de condensación, evitando así la congelación de las vacunas.

Se colocan en las paredes de la nevera evitando el contacto directo con las vacunas (mediante un cartón o papel).

¿CÓMO ORGANIZAR EL FRIGORÍFICO?

En el compartimento del congelador colocar acumuladores de frío.

En los estantes inferiores colocar botellas llenas de suero fisiológico.

Colocar en el interior del frigorífico un termómetro para controlar la temperatura.

En la parte exterior de la puerta: Colocar un cartel con la advertencia de no desenchufar y de cómo y a quién avisar en caso de avería o incidencias.

¿CÓMO CONSERVAR LAS VACUNAS EN EL FRIGORÍFICO?

El total de vacunas almacenadas debe ocupar cómo máximo la mitad del espacio disponible.

No guardar las vacunas en la puerta del frigorífico.

Guardar en los estantes centrales, dejando espacio alrededor de las cajas y evitando que toquen las paredes del frigorífico.

Colocar delante las vacunas con fecha de caducidad más próxima.

3. ¿QUIÉN ES EL RESPONSABLE DE LAS VACUNAS?

Es muy importante que haya una persona responsable de las vacunas, el técnico de vacunación, cuyas responsabilidades serán:

Comprobar diariamente, al comienzo y al final de cada jornada, que la temperatura que marca el termómetro está entre 2 y 8°C.

Registrar estas temperaturas en la gráfica diaria.

Comprobar el espesor de la capa de hielo del congelador (no debe ser mayor de 0'5 cm).

Comprobar que el almacenamiento de las vacunas es el adecuado.

Controlar las fechas de caducidad de las vacunas almacenadas.

Cumplimentar los registros de entradas y salidas de vacunas.

Comprobar el estado de las vacunas en el momento de la recepción.

Notificar las incidencias de rotura de la cadena de frío.

Formar a los técnicos de reciente incorporación.



¿QUÉ NORMAS GENERALES DEBEMOS SEGUIR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LAS VACUNAS?

Revisar la cartilla de salud del niño/a para confirmar que vacuna hay que poner. Revisar la ficha PISIS.

Comprobar la edad y el calendario vacunal oficial de la RASD.

Lavarse las manos antes y después de vacunar.

Preparar y revisar todo el material necesario.

Localizar la zona de inyección e identificar la técnica que vamos a utilizar.

Limpiar la piel de la zona que vamos a inyectar.

Vacunar.

No encapuchar nunca las agujas, desecharlas en un contenedor específico.

Recoger todo el material.



4. CALENDARIO VACUNAL DE LA RASD

LAS VACUNAS INCLUIDAS EN EL CALENDARIO DE LA RASD SON	
BCG	Vacuna de la Tuberculosis
VPO	Vacuna de la Polio
HB	Vacuna de la Hepatitis B
DTP	Vacuna de Difteria, Tétanos, Tosferina
Hib	Vacuna del Haemophilus influenzae tipo B
S	Vacuna del Sarampión
TV	Vacuna Triple Vírica (Sarampión, Rubéola y Paperas, SRP)
DT	Vacuna de la Difteria y Tétanos
Td	Vacuna del Tétanos y la Difteria (tipo adulto)

El calendario vacunal completo se encuentra en el reverso de todas las fichas PISIS.

Registro de vacunas

	0-1 mes	2 mes	4 mes	6 mes	9 mes	18 mes	5 años	14 años
BCG	1							
VPO	1	VPO 2	VPO 3	VPO 4		VPO 5	VPO 6	VPO 7
HB	1	HB 2		HB 3				
		DTP 1	DTP 2	DTP 3		DTP 4	DT 5	Td 6
		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4		
					S 1	TV 1	TV 2	

Otras vacunas: _____ Fecha: / /

DESCRIPCIÓN DE LAS VACUNAS

VACUNA	PROTEGE CONTRA...	VIA ADMINISTRACIÓN	LUGAR DE INYECCIÓN	EDAD ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES	PRECAUCIONES	CONTRA-INDICACIONES
BCG	Tuberculosis	Intradérmica, se debe formar una pápula	Cara externa del tercio superior del brazo izquierdo	0-1 MES	Cara externa del tercio superior del brazo izquierdo	Úlcera cutánea, adenopatía regional, absceso subcutáneo, osteítis	Neonatos con desnutrición grave o peso inferior a 2 Kg. Enfermedad sistémica TBC clínica
HB	Hepatitis	IM	Vasto externo en niños/as pequeños Deltoídes en niños que caminan	1ª dosis: 0-1 mes 2ª dosis: 2 meses 3ª dosis: 6 meses	Dolor Eritema Induración leve post vacunal		Reacción alérgica grave post vacunación
VPO	Poliomielitis	Oral Si no hay cuentagotas se calculará la dosis y se dará con jeringa		1ª dosis: 0-1 mes 2ª dosis: 2m 3ª dosis: 4m 4ª dosis: 6 m 5ª dosis: 18 m 6ª dosis: 6 años 7ª dosis: 14 años		Si hay vómito inmediato o gastroenteritis en 24 h se debe repetir dosis	Diarreas, inmunodeficiencia, niños/as que conviven con personas inmunodeprimidas
DTP	Difteria, Tétanos, Tos ferina (Coqueluche)	IM	Vasto externo en niños/as pequeños Deltoídes en niños que caminan	1ª dosis: 2 m 2ª dosis: 4m 3ª dosis: 6m 4ª dosis: 18m En vacunación acelerada o interrumpida el intervalo entre la 3ª y 4ª dosis debe ser como mínimo de 6 meses. Intentar que el niño a los 2 años tenga las 4 dosis	Durante 48 h post-vacunación, fiebre, molestias locales, tumefacción zona de inyección. A veces aparición de nódulo que desaparece con el tiempo.	Fiebre mayor de 40.5°C. Convulsiones menos de tres días post- vacunación. Llanto persistente de duración > de tres horas a las 48h post- vacunación	Reacción alérgica grave. Trastornos neurológicos progresivos

DESCRIPCIÓN DE LAS VACUNAS

VACUNA	PROTEGE CONTRA...	VIA ADMINISTRACIÓN	LUGAR DE INYECCIÓN	EDAD ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES	PRECAUCIONES	CONTRA-INDICACIONES
Hib	Haemophilus Influenzae tipo b Se puede administrar juntamente DTP+HB +Hib como Penta o como Tetra: DTP+Hib	IM	Vasto externo en niños/as pequeños Deltoides en niños que caminan	1ª dosis: 2 m 2ª dosis : 4 m 3ª dosis: 6 m 4ª dosis: 18 m En vacunación acelerada o interrumpe el inter-valor entre la 3ª y 4ª dosis debe ser mínimo de 6 meses. Intentar que el niño a los 2 años tenga las 4 dosis.	Durante 48 h post-vacunación, fiebre, molestias locales, tumefacción zona de inyección. A veces aparición de nódulo que desaparece con el tiempo.	Fiebre mayor de 40.5°C Convulsiones menos de tres días post-vacunación. Llanto persistente de duración > de tres horas a las 48h post-vacunación	Reacción alérgica grave. Trastornos neurológicos progresivos
SARAMPION	Sarampión	Subcutánea	Deltoides	9 meses Si no hay TV a los 18 m y 6 años	Fiebre, erupción a los 5-12 días post-vacunación de 1-2 días de duración		Embarazo Inmunodeficiencia grave Reacción alérgica grave
TV (TRIPLE VIRICA)	Sarampión, Rubéola y Paperas (SRP)	IM o SC según laboratorio de fabricación	Vasto externo en niños pequeños. Deltoides en niños que caminan	1ª 12-18 m 2ª 6 a	Entre la 1ª y 2ª semana post-vacunación fiebre, exantema...síntomas parecidos a la enfermedad leve		Embarazo Inmunodeficiencia Enfermedad febril severa
DT	Difteria y Tétanos	IM	Deltoides		Ligera reacción local, enrojecimiento, inflamación y dolor en la zona de inyección.		Reacción alérgica grave a algún componente
Td	Difteria y Tétanos (tipo adultos)	IM	Deltoides	14 años, adultos, mujeres embarazadas (2º-3er trimestre)	Ligera reacción local, enrojecimiento, inflamación y dolor en la zona de inyección.		Reacción alérgica grave a algún componente



5. ¿CÓMO SE ADMINISTRAN LAS VACUNAS?

Vía oral; VPO.

Vía intradérmica; BCG.

Vía subcutánea; S,TV.

Vía intramuscular; DTP, DT, Td, HB, TV; Hib.

Se pueden poner varias vacunas el mismo día. Se recomienda poner cada vacuna en un miembro distinto y no mezclar NUNCA dos vacunas en la misma jeringa.

Entre dosis y dosis de una misma vacuna dejaremos un intervalo mínimo de 4 semanas.

VIA ORAL. ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA POLIOMELITIS (VPO)



Sacar la vacuna del frigorífico en el momento de administrarla.

Administrar directamente en la boca con el cuentagotas.

VÍA INTRADÉRMICA. TUBERCULOSIS (BCG)



Estirar la piel entre el dedo índice y el pulgar.

Introducir la aguja con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15°.

Relajar la piel e inyectar lentamente hasta obtener una pápula.

Esperar unos segundos antes de retirar la aguja.



VÍA SUBCUTÁNEA. SARAMPIÓN Y TRIPLE VÍRICA (TV)



La zona de elección para poner la vacuna es el músculo deltoideo.

Tomar un pellizco de la piel entre los dedos índice y pulgar.

Introducir la aguja con un ángulo de 45°.

Soltar la piel, aspirar e inyectar lentamente.

Retirar la aguja y hacer un ligero masaje con movimientos circulares.

VÍA INTRAMUSCULAR. HEPATITIS B, DTP Y Hib:

Coger firmemente entre los dedos índice y pulgar, la masa muscular sobre la que se va a pinchar:

En recién nacidos, lactantes y niños menores de 18 meses se pone en el vasto externo. El punto lo localizamos trazando una línea horizontal que divida en dos la parte externa del muslo. El punto de inyección está en el tercio medio, justo encima de esta línea.

En niños mayores de 18 meses (en los que el músculo esté desarrollado) y adultos el sitio de elección es el deltoideo. Se traza un triángulo con base en el borde inferior del acromion y vértice en el punto de inserción del deltoideo. El espacio delimitado es donde se puede inyectar.

Clavar la aguja con un ángulo de 90°.

Relajar la piel, aspirar y si no sale sangre inyectar lentamente.

Retirar la aguja, comprimir con un algodón y no masajear.



6. ¿CUÁLES SON LAS FALSAS CONTRAINDICACIONES?

Reacciones leves a dosis previas como; dolor, enrojecimiento o inflamación en el lugar de la infección, o fiebre menor de 40°C.

Enfermedad benigna como catarro o diarrea en un niño sano.

Niño en contacto con embarazadas.

Alergias inespecíficas en el niño/a o historia familiares de alergias.

Historias familiares de reacciones desfavorables.

Administración de VPO en niños/as con candidiasis oral.

7. ¿CUÁLES SON LAS REACCIONES LOCALES QUE PUEDEN TENER DESPUÉS DE UNA VACUNACIÓN?

Dolor.

Enrojecimiento.

Induración y edema; se puede extender hasta la articulación más próxima.

Nódulos cutáneos: puede persistir semanas y desaparece sin secuelas. Se da más en las vacunas que contienen aluminio (DTP, DT, Td).

Adenopatías regionales (BCG).



8. ¿CUÁLES SON LAS REACCIONES SISTÉMICAS QUE PUEDEN TENER DESPUÉS DE UNA VACUNACIÓN?

Fiebre.

Rash cutáneo (S, TV).

Dolores articulares que aparecen a los 7-21 días de la vacunación y ceden espontáneamente en 2-3 semanas.

Afectación del estado general (cansancio, falta de apetito. . .).

Lipotimias (desmayos).

9. ¿CÓMO Y DÓNDE REGISTRAR LAS VACUNAS?

Registro de vacunas

0-1 mes	2 mes	4 mes	6 mes	9 mes	18 mes	6 años	14 años
antituberculosis BCG 1							
antipolio VPO 1	antipolio VPO 2	antipolio VPO 3	antipolio VPO 4		antipolio VPO 5	antipolio VPO 6	antipolio VPO 7
anti hepatitis B HB 1	anti hepatitis B HB 2		anti hepatitis B HB 3				
	antidifteria, tétanos y tosferina DTP 1	antidifteria, tétanos y tosferina DTP 2	antidifteria, tétanos y tosferina DTP 3		antidifteria, tétanos y tosferina DTP 4	tétanos y difteria (a) DT 5	tétanos y difteria (a) Td 1
	Haemophilus influenzae Hib 1	Haemophilus influenzae Hib 2	Haemophilus influenzae Hib 3		Haemophilus influenzae Hib 4		
				antivaricela S 1	Triple vírica TV 2	Triple vírica TV 3	
Otras vacunas	_____						Fecha: / /

ANEXO 4: MENSAJES ESENCIALES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

**La leche materna es el mejor alimento para el bebé.
Contiene todos los nutrientes y el agua que el niño/a necesita y lo protege contra las enfermedades e infecciones.
Dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida.**

1. LOS BEBES HASTA LOS 6 MESES

Deben ser alimentados exclusivamente con leche materna desde la primera hora después del nacimiento hasta los 6 meses.

La primera leche se llama calostro y es muy importante para el bebé.

No hay que dar agua, azúcar, ni aceite al bebé mientras está amamantando, sólo vitaminas o jarabes de minerales o otras medicinas **prescritas por un médico**.



El bebé debe ser alimentado tan a menudo como lo desee (día y noche), cada toma durante todo el tiempo que el bebe quiera, preferentemente vaciando un pecho cada vez. El niño/a debe mamar hasta que vacíe el primer pecho ya que la leche del final de la tetada es más rica en grasa.



El bebé no necesita más líquidos que la leche materna, aunque haga mucho calor.

La lactancia materna favorece el contacto entre la madre y su hija o hijo y mejora la relación afectiva.

Todas las mujeres son capaces de amamantar, la mayoría de los problemas en la lactancia materna se producen por:

Empezar tarde la lactancia y/o darle pocas veces el pecho al bebé.

Una mala posición del lactante.

Una falta de confianza de la madre.

Si la madre no puede dar el pecho tomar preferentemente leche de una nodriza o leche artificial, en caso de no encontrar nodriza.

Siempre se intentará la lactancia exclusiva, si esta no es posible la lactancia mixta (lactancia materna y lactancia artificial), en caso de no poder dar lactancia materna de ninguna manera, lactancia artificial.



Para una correcta lactancia materna es muy importante la colocación correcta del niño/a al pecho y su agarre:

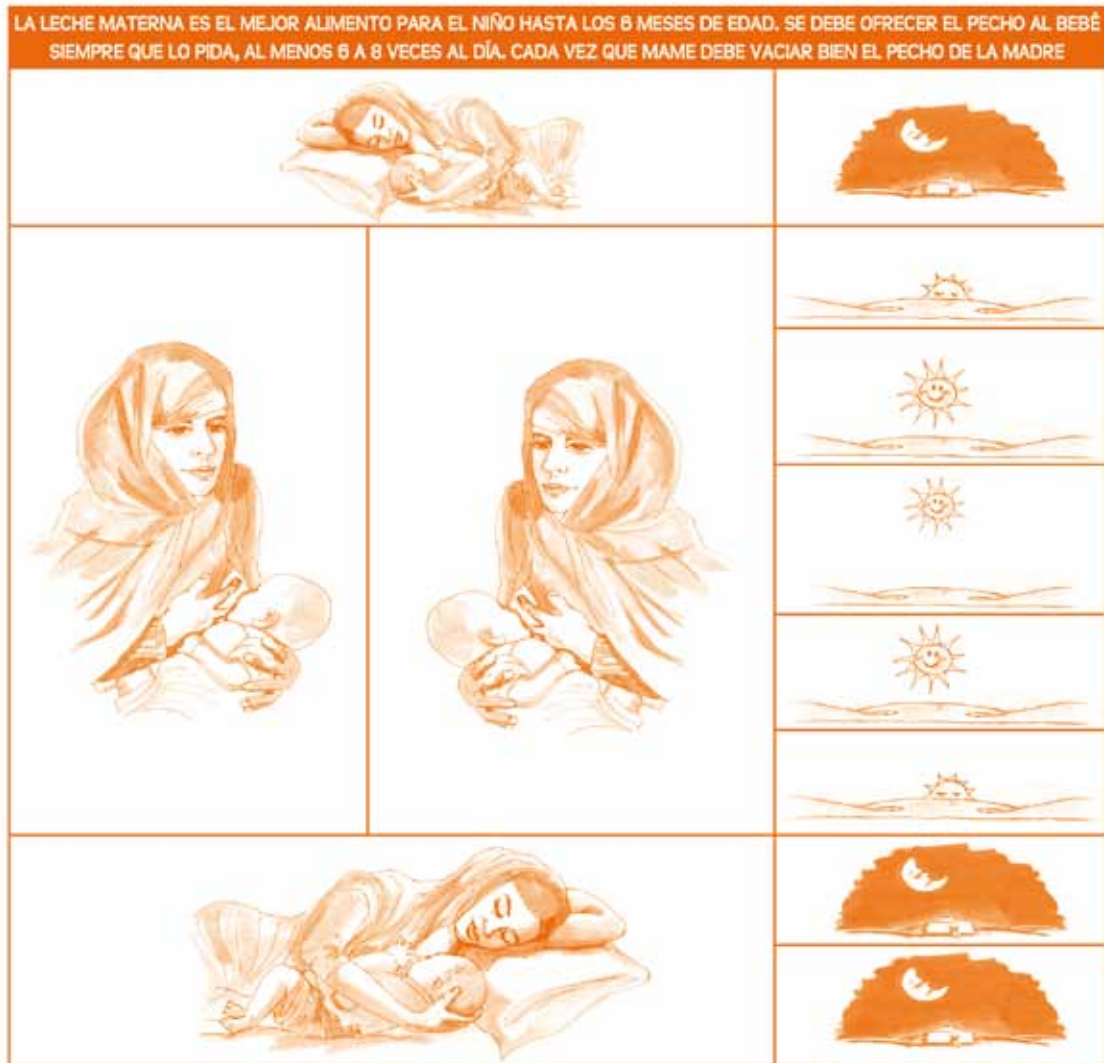
Coger al niño/a con la cara mirando al pecho.

Aguantar todo el cuerpo del niño/a en línea recta con el abdomen de la madre.

La boca del niño/a debe estar completamente abierta y cubrir todo el pezón y la mayor parte de la areola.

Realizar buenos cuidados de los pechos: lavar una vez al día con agua y jabón, mantener el pezón seco y no poner ningún tipo de pomada, sólo la misma leche de la madre.

LACTANCIA MATERNA



ANEXO 5: LACTANCIA ARTIFICIAL

La lactancia materna es el mejor alimento para los niños/as pero en algunas ocasiones es necesario dar lactancia artificial.

Sólo debe darse lactancia artificial si la madre no puede dar lactancia materna.

NUNCA ofreceremos leche de cabra o camello, “Lahda” ó “Candia” antes del año de edad.

1. LOS MOTIVOS A VALORAR PARA DAR LACTANCIA ARTIFICIAL SON:

Niño/a huérfano/a, si no hay ninguna mujer que pueda amamantarlo.

Parto gemelar, si la madre no tiene suficiente leche para los dos recién nacidos, se intentará siempre primero dar lactancia mixta (lactancia materna con suplemento de lactancia artificial).

Madre con enfermedad psiquiátrica y con tratamiento (tranquilizantes, antidepresivos, ansiolíticos), con riesgo para el niño/a.

Madre sin leche (agalactia). Comprobarlo siempre antes de decidir dar lactancia artificial.

Niño/a con deficiente desarrollo, que no aumenta correctamente de peso, a pesar de una buena técnica de lactancia materna, en estos casos se realizara lactancia mixta.

2. ANTES DE INDICAR LACTANCIA ARTIFICIAL O LACTANCIA MIXTA SE DEBERÁ COMPROBAR:

Que la técnica de lactancia materna es correcta: buena posición, buen agarre al pecho, tiempo suficiente, número de tomas adecuado. Se dará confianza y soporte emocional a la madre. Se realizará observación de una toma, en un lugar tranquilo y durante el tiempo necesario.

Que el bebe no aumenta de peso o pierde peso: pesar al bebe, 3 veces con 7 días de intervalo para comprobar que no aumenta de peso.

Toda indicación de lactancia artificial o mixta será supervisada por el nutricionista y la coordinadora PISIS de la wilaya.

3. TIPOS DE LECHE:

Existen dos tipos de leche en polvo especial para los niños/as:

Leche de INICIO: para recién nacidos y niños/as hasta los 6 meses.

Leche de CONTINUACIÓN: de los 6 a los 12 meses de edad.

4. PREPARACIÓN DE LA LECHE ARTIFICIAL:

Antes de utilizar el recipiente (mejor utilizar vasos de boca amplia) lavarlo bien y hervirlo durante 20 minutos y si no se va a utilizar de inmediato tapar con un trapo limpio.

Utilizar solo agua tratada. Hervir el agua durante 5 minutos, dejar enfriar el agua contaminada puede transmitir importantes infecciones intestinales.

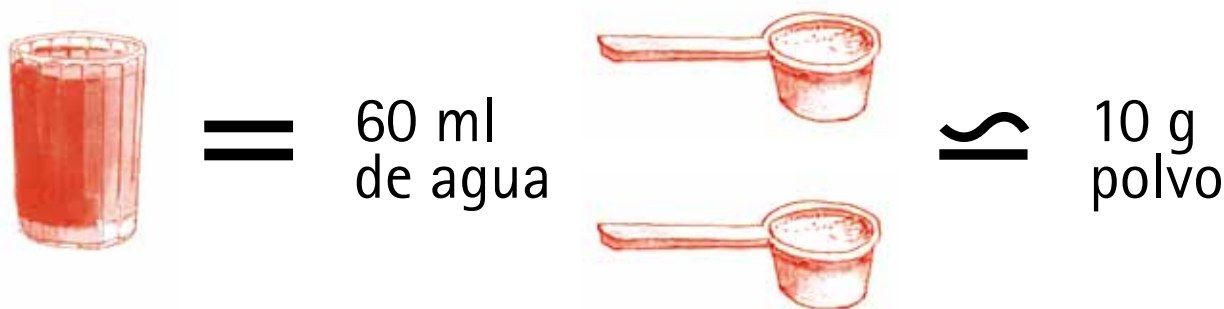
Lavarse las manos siempre, antes de preparar la mezcla.

Medir siempre primero el agua y después añadir la leche en polvo.

Por 30 ml de agua corresponde una medida de leche en polvo (cacito de 5g)

Mezclar bien.

Comprobar la temperatura de la leche, vertiendo unas gotas en el dorso de la mano de la madre.



Para evitar enfermedades es muy importante poner los cacitos de leche en polvo indicados para la cantidad de agua.



CANTIDAD DE AGUA EN EL BIBERÓN	EQUIVALENCIA EN VASOS DE TÉ	CANTIDAD DE CACITOS DE LECHE EN POLVO
30 ml	½ vaso de té de agua	1 cacito de 5 g de polvo
60 ml	1 vaso de té de agua	2 cacitos de 5 g de polvo
90 ml	1 ½ vasos de té de agua	3 cacitos de 5 g de polvo
120 ml	2 vasos de té de agua	4 cacitos de 5 g de polvo
150 ml	2 ½ vasos de té de agua	5 cacitos de 5 g de polvo
180 ml	3 vasos de té de agua	6 cacitos de 5 g de polvo
210 ml	3 ½ vasos de té de agua	7 cacitos de 5 g de polvo
240 ml	4 vasos de té de agua	8 cacitos de 5 g de polvo

5. CANTIDADES Y FRECUENCIA DE LAS TOMAS

DE RECIÉN NACIDO A LOS 6 MESES:		
EDAD DEL BEBÉ	CANTIDAD	Nº TOMAS/DÍA
Primer y segundo día	20-30 ml	7-8
7 días - 1 mes	60 ml	6-7
1-2 meses	90-120 ml	6-7
2-3 meses	120-150 ml	5-6
4-5 meses	150-180 ml	5-6

A PARTIR DE LOS 6 MESES:

3 tomas al día de 210 a 240 ml.

Cuando se introduce la alimentación complementaria, 2 tomas al día.

6. CONSEJOS PARA LA MADRE:

Coger al niño/a en brazos en posición semisentada.

Nunca se debe forzar a los bebés a que se acaben la leche preparada.

Es mejor intentar dar al niño la leche con vaso y cucharita y utilizar el biberón sólo en última instancia (de cristal con boca ancha, son más fáciles de limpiar).

Una vez acabada la toma, lavar el recipiente utilizado con agua y jabón, enjuagar bien y tapar con un trapo.

7. LACTANCIA MIXTA

Es la combinación de lactancia materna y lactancia artificial.

Si con una correcta técnica de lactancia materna (posición, frecuencia, duración de la toma), se ha comprobado que el bebé está con el peso estancado (3 pesadas con 7 días de intervalo), puede administrarse un suplemento de lactancia artificial.

La leche artificial se dará siempre después de dar de mamar, vaciando los dos pechos, complementando la toma de lactancia materna y nunca sustituyéndola. Así el bebé sigue succionando con frecuencia y por tanto estimulando la producción de leche materna.

La cantidad de leche artificial puede variar entre 30-60 o 90 ml/ toma.

8. DISTRIBUCIÓN DE LA LECHE:

Debe estar coordinada y controlada con los demás productos nutricionales.

Deben entregarse el número de botes necesario para dos meses, según la edad del niño/a.

Estimación del número botes si la lactancia artificial es exclusiva:

EDAD DEL NIÑO/A	NÚMERO DE BOTES/MES	TIPO DE LECHE
1 mes	4	Leche de iniciación
2-3 meses	5-6	Leche de iniciación
3-4 meses	7-8	Leche de iniciación
5-6 meses	10	Leche de iniciación
A partir de los 6 meses	7	Leche de continuación

Total lactancia: 36 botes leche inicio, 42 botes leche de continuación.

Estimación número botes si es la lactancia es mixta: La mitad de lo calculado para la lactancia artificial exclusiva:

EDAD DEL NIÑO/A	NÚMERO DE BOTES/MES	TIPO DE LECHE
1 mes	2	Leche de iniciación
2-3 meses	3	Leche de iniciación
3-4 meses	4	Leche de iniciación
5-6 meses	5	Leche de iniciación
A partir de los 6 meses	4	Leche de continuación

¿QUIÉN ES EL RESPONSABLE DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA LECHE?

La responsabilidad de la distribución de la leche es el nutricionista de la wilaya.

La distribución se centraliza en el hospital de la wilaya.

El circuito de solicitud y entrega así como el control de stocks puede ser paralelo al PlumpyNut®.

9. REGISTRO

Deberán anotarse en el libro de registro: nombre, edad del niño/a, motivo por el que se inicia lactancia artificial y unidades de 400 g. de leche dispensadas al mes.

10. TÉCNICA DE SUPLEMENTACIÓN POR SUCCIÓN

Si en el dispensario hay condiciones, la mejor manera de aumentar el peso del niño/a es con la Técnica de Suplementación por Succión (TSS).

El fin es estimular la lactancia materna y suplementar al lactante hasta que haya una producción suficiente de leche materna para asegurar un buen crecimiento del niño/a.



La producción de leche materna es estimulada por la TSS y por este hecho es importante que el lactante sea puesto al pecho cuantas más veces mejor:

Poner el niño/a al pecho cada 3 horas, durante 20 minutos y más frecuentemente si el lactante llora o parece querer mamar más.

Una hora después completar con leche de fórmula utilizando la TSS.

Después de 30 a 60 minutos de haber amamantado, ofrecerle leche en polvo a fin de mantener el peso del lactante utilizando la técnica de suplementación por succión (TSS).

Preparar leche en polvo tal cómo se indica en el cuadro, pág. 141.

Estos lactantes deben ser seguidos en un espacio reservado a este efecto. Puede ser un rincón reservado para las madres lactantes.

LA TÉCNICA DE SUPLEMENTACIÓN POR SUCCIÓN (TSS).

La suplementación se da por una sonda nasogástrica (SNG) del número 5 al 8 según el peso del niño/a

El extremo se corta a 1 cm y se quita el tapón de la otra parte de la SNG. La leche en polvo diluida se pone en una taza. La madre mantiene la taza alrededor de 10 cm por debajo del pezón para que el niño se vea obligado a aspirar.

El extremo del tubo se mete dentro de la taza.

El otro extremo se pone sobre el seno de la madre y ella lo sostiene con una mano; utiliza la otra mano para aguantar la taza. Al principio se puede fijar con un trozo de esparadrapo.

Mientras el niño mama del pecho, también chupa del tubo que está dentro de su boca. La leche es entonces aspirada por el tubo desde la taza. Es como si el lactante tomara leche con una pajita.

Al principio la madre tiene necesidad de un asistente para sujetar la taza y el tubo en su sitio. Este asistente debe animar a la madre y darle confianza. Rápidamente las madres aprenderán la técnica y no necesitarán a nadie.

Al principio, la taza debe estar situada alrededor de 5 a 10 cm debajo del pezón para que la leche no llegue demasiado rápido a la boca del niño. Si está débil, no está obligado a mamar con mucha fuerza para tener leche. Cuando el niño engorda y tiene más fuerza, la taza puede ser puesta más abajo hasta alrededor de 30 cm bajo el pecho.

Pueden transcurrir 1 o 2 días hasta que la madre y el niño se habitúan, pero es importante perseverar.

La persona más indicada para enseñar la técnica a otras madres es una madre que ya la ha utilizado ella misma con éxito. A partir de este momento, las otras madres lo encuentran fácil y la copian.

La madre debe estar relajada. Dar instrucciones excesivas sobre la posición correcta o la posición de agarre del lactante al pezón a menudo inhibe a las madres y las hace pensar demasiado en la técnica. Cualquier manera de que la madre encuentre una posición confortable y una técnica eficaz, es satisfactoria.

Si el régimen es modificado, el lactante tardará algunos días para readaptarse al nuevo gusto. Es preferible continuar con la misma suplementación durante todo el tratamiento.

El niño de la foto de la página 143 mama y a la vez recibe leche en polvo por la TSS. Subir o bajar la taza va a determinar la facilidad con la cual el lactante recibe el suplemento: para los lactantes muy débiles, la leche en la taza puede estar entre 5 y 10 cm bajo el nivel del pezón. Si está por encima de este nivel, la toma puede ir a la boca del niño y puede haber peligro de aspiración o falsa vía.



ANEXO 6: MENSAJES ESENCIALES SOBRE EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ENTRE LOS 6 Y LOS 24 MESES

La alimentación complementaria se debe iniciar a partir de los 6 meses. Se debe seguir dando lactancia materna e ir introduciendo otros alimentos progresivamente.

1. La leche materna sigue siendo importante para el niño/a y a esta edad tiene que suponer aproximadamente la mitad de la energía que el bebe necesita.
2. Se empezará con pequeñas cantidades de alimentos complementarios: un nuevo alimento cada 2 o 3 días aumentando progresivamente el tipo y la cantidad de alimento, lo que significa que muchas tomas siguen siendo leche materna.
3. Al principio de introducir la alimentación complementaria se recomienda dar primero la leche materna y después de la alimentación complementaria.
4. Se iniciará la alimentación complementaria con alimentos blandos, en forma de papilla, por ejemplo, avena/papillas y purés, que no sean demasiado líquidos. Hay que aumentar la consistencia y la variedad gradualmente a medida que el niño/a se hace mayor.
5. La cantidad de comida se aumentará gradualmente.
6. Se ayudará al niño/a a comer, pero dejándole también aprender a hacerlo por si mismo cuando pueda sentarse, masticar, agarrar objetos o llevárselos a la boca. No dejarle sólo nunca cuando come.
7. El niño/a debe tener su propio plato así resultara más fácil estar seguro de que se ha comido su porción.
8. A medida que el niño/a es capaz de comer porciones más grandes, puede comer la comida sólida hasta que esta lleno/a y después darle lactancia materna.

9. Cuando el niño/a tiene más de 6 meses se le deben ofrecer pequeñas cantidades de agua limpia (hervida o embotellada) para que beba tan frecuentemente como sea posible para aumentar la ingesta de líquidos.

Las comidas principales, desayuno, comida y cena deben realizarse en familia, comiendo todos juntos.

Los niños/as aprenden por imitación, por lo que es importante que vean a su alrededor buenos hábitos.

Hay que mantenerse atento a las señales de hambre y saciedad. Dar de comer al niño/a tan pronto como tiene hambre, sino pierde el apetito. Hacer especial atención a la cena y no dejar que el niño/a se duerma antes de cenar.

Dar de comer lenta y pacientemente, y animarle a comer sin forzarle, en pequeñas cantidades, a su ritmo. Apartar la comida del niño/a en un plato separado para asegurar su parte.

10. La harina de trigo y cebada (como papilla o como pan) debe ser introducida gradualmente antes de que se abandone la lactancia materna. La cebada y la harina de trigo (y por consecuencia el pan y la pasta) contienen gluten, un tipo de proteína que debe de ser introducida gradualmente juntamente con la leche materna para prevenir la enfermedad celiaca (intolerancia al gluten).

11. Al año de edad, el niño/a necesita comer 5 veces al día (3 comidas principales y 2 tentempiés entre las comidas) y puede comer el mismo tipo de comida que el resto de la familia.

12. Hay que asegurarse de que el niño/a de entre 6 y 3 años come su dosis de Ghazala.

LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PUEDE EMPEZARSE CUANDO EL NIÑO/A TIENE 6 MESES Y ES CAPAZ DE MANTENERSE SENTADO



Evitar las bebidas y los dulces que no alimentan y que quitan el hambre como té, café y bebidas azucaradas como N'jaous, Jupiter, Bechair, Rossio, Panche y otros, porque su contenido en frutas es muy escaso (15-20%) siendo la mayor parte de su contenido agua, azúcar y conservantes químicos). Otras bebidas como Coca Cola, Fanta, etc. no deben consumirlas los niños/as excepto en fiestas o celebraciones, al igual que chocolate, caramelos o galletas dulces. Les quitan el hambre de alimentos más necesarios y nutritivos para ellos.

Cuando el niño/a está enfermo continuar alimentándolo con leche materna y comida, incluso si tiene diarrea.

ELECCIÓN DE LOS ALIMENTOS:

Es importante recordar que el niño/a necesita comer una variedad de alimentos a pesar de que esté recibiendo alimentos complementarios fortificados.

El niño/a debe comer los siguientes grupos de alimentos una o varias veces al día, tan a menudo como el alimento esté disponible:

CSB (soja) y/o carne, pollo o pescado.

Papilla de harina de trigo (o cebada), lentejas y/o huevo.

Frutas.

Verduras.

Yogurt, queso y/o leche (aunque ésta última no es necesaria antes de que el niño/a cumpla un año si se le da leche materna).

En la siguiente tabla se señala el momento en que se pueden ir introduciendo los diferentes alimentos.

INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



24	18	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	RN			
•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Lactancia materna	
•	•	•	•	•	•	•	•	•								Fruta	
•	•	•	•	•	•	•	•	•								Verdura	
•	•	•	•	•	•	•	•	•								Aceite	
•	•	•	•	•	•	•	•	•								Arroz, gajo	
•	•	•	•	•	•	•	•	•								Carne	
•	•	•	•	•	•	•	•									Pan, galletas	
•	•	•	•	•	•	•	•	•								Lentejas	
•	•	•	•	•	•	•	•	•								Yema huevo	
•	•	•	•	•	•	•	•									Pescado, atun	
•	•	•	•	•	•	•	•	•								Yogur, queso	
•	•	•	•	•	•	•	•									Huevo entero	
•	•	•														Macarones, Spaguetis	
•	•	•														Leche cabra, Leche	
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	Pecho	
×	×	×	×	×	×	×	×	×								Cuchara (textura fina)	
×	×	×														Tenedor (textura gruesa)	

ANEXO 7: MENSAJES PARA LAS MADRES O CUIDADORES DE LOS NIÑOS/AS A LA HORA DE CONSUMIR GAZHALA EN CASA

El niño/a debería consumir una sola ración (una sola bolsita) de Ghazala todos los días hasta que se acabe.

Una sola bolsita de Ghazala diaria es suficiente, no debe darse nunca más de una bolsita al día.

Si un día no se toma, se puede tomar al día siguiente, pero hay que tomar las quince bolsitas en el mes en que se les hayan entregado.

El Ghazala no debe compartirse con los demás niños/as de la familia, porque si se comparte, el niño/a no obtendrá las vitaminas y minerales que necesita.

La bolsita de Ghazala debe abrirse por su parte superior y apretarla para vaciar su contenido.

El Ghazala puede ser consumido directamente de la bolsita, añadido y mezclado con la comida del niño/a ya cocinada o extendido sobre pan. No hay que mezclarlo con líquidos.

Si el niño/a lo consume mezclado con la comida, puede consumir el Ghazala en cualquiera de las comidas del día o en varias si el contenido del paquete es demasiado para una sola comida.

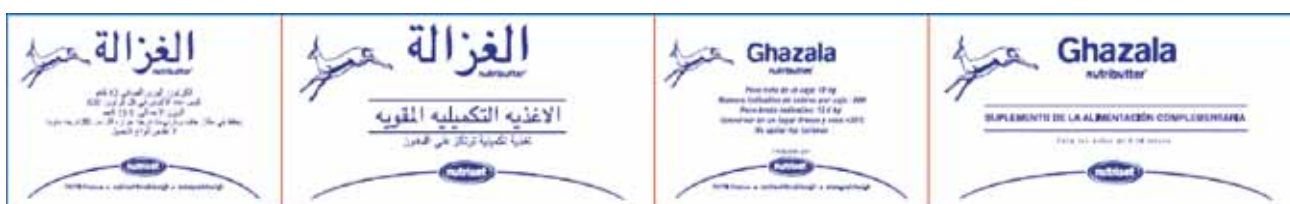
Si el Ghazala se mezcla con la comida, asegurarse de que el niño/a la consume antes de dos horas después de hecha la mezcla.

No recalentar la comida cuando en ella ya se haya mezclado Ghazala.

Los niños/as no deben consumir té justo antes, durante o después de consumir Ghazala o porque impediría la absorción de las vitaminas y minerales.

Cuando el niño/a comienza a consumir el Ghazala puede presentar algo de estreñimiento, una ligera diarrea o que sus heces sean más oscuras de lo normal. No debe suspenderse el tratamiento por eso, porque es un efecto normal y no tiene mayores consecuencias.

Hay que recordar a la madre o la persona que cuida del niño/a que debe poner las bolsitas vacías de Ghazala dentro de la bolsa que se proporciona y llevarlos al dispensario el día de la siguiente distribución.



ANEXO 8: MENSAJES PARA LAS MADRES O CUIDADORES DE LOS NIÑOS/AS A LA HORA DE CONSUMIR CHAILA EN CASA

El niño/a debe consumir todos los días un sobrecito de Chaila mezclado con una de las comidas del día, hasta que se acabe la cantidad proporcionada para el mes.

Si un día no se toma, se puede tomar al día siguiente.

La ración de Chaila que se entrega por niño/a cada día es suficiente, no debe darse más de un sobre al día.

Abrir el sobrecito por su parte superior y mezclar bien el contenido del paquete con la comida: Chaila no altera su sabor ni su color. No hay que mezclar el producto solamente con líquidos.

Asegurarse de que el niño/a se come la ración durante las dos horas siguientes a la preparación. No recalentar la comida que contiene Chaila.

Los niños/as no deben consumir té justo antes, durante o después de consumir Chaila porque impediría la absorción de las vitaminas y minerales. Por el mismo motivo no deben tomar té antes, durante o después de las comidas.

No hay que compartir la comida que contiene Chaila con el resto de miembros de la familia, ya que no, el niño/a no recibirá suficientes vitaminas y minerales para su desarrollo.

Cuando el niño/a comienza a consumir el Chaila puede presentar algo de estreñimiento, una ligera diarrea o que sus heces sean más oscuras de lo normal. No debe suspenderse el tratamiento.

Poner los sobrecitos vacíos de Chaila dentro de la bolsa que se proporciona.



ANEXO 9: MENSAJES ESENCIALES SOBRE LA HIGIENE

Lavar siempre las manos (preferentemente con agua y jabón).

Antes de preparar la comida, dar el pecho o comer.

Después de usar la letrina, después de cambiar el paquete al bebe o de haber estado en contacto con animales.

EL LAVADO DE MANOS PREVIENE ENFERMEDADES



Mantener la cocina limpia, lavar los platos y las mesas y manteles con jabón y agua caliente inmediatamente después de cada comida y cubrir los utensilios con un trapo mientras se están secando para protegerlos de los insectos.

Cocinar la comida de forma apropiada (poner las sopas y estofados a hervir y asegurarse de que la carne y las salsas están en buen estado).

La fruta y los vegetales se deben lavar antes de comerlos o prepararlos.

Mantener la comida protegida de las moscas y el sol en un sitio lo más fresco posible.

Evitar el contacto entre la carne cruda y otras comidas.

Recoger diariamente el agua del grifo de la boca (salida) para llenar petacas, en una petaca limpia preferiblemente de plástico transparente. Usar esta agua para beber, cocinar, lavar utensilios de cocina y parte de la higiene personal. Las petacas para beber no se deben llenar directamente de la cuba o tanque, siempre directamente de la boca del grifo destinado a este uso.

El agua debe tener un aspecto claro, sin olor, sin sabor, libre de microbios y de sustancias químicas.

Si no se puede distribuir agua a diario de los grifos a las petacas, hay que almacenar agua para varios días en la jaima. Esta agua guardada, si pasan muchos días, se tiene que tratar antes de consumir (clorar, hervir o asolear).

Lavarse las manos antes de recoger el agua. Limpiar las petacas y sus tapas con agua y jabón cada vez que se usen, por dentro y por fuera, aclarándolas con agua limpia.

Mantener el agua en recipientes cerrados (petacas) alejados del suelo para que los animales e insectos no la puedan tocar.

Es importante vaciar las cubas/tanques y limpiar los restos de oxido y de moho antes de volver a llenarlas.

Evitar depositar animales muertos y basuras cerca de las cubas/tanques de agua ya que las moscas llevaran la suciedad de la basura a estos tanques.

No utilizar biberones ya que son difíciles de limpiar.

Mantener la basura alejada de las zonas donde están las personas (Jaima).

ANEXO 10: MENSAJES ESENCIALES SOBRE PAUTAS DE ALIMENTACIÓN EN CASO DE ENFERMEDAD

Durante y después de una enfermedad, seguir amamantando al niño/a frecuentemente y seguir ofreciéndole comida.

Es habitual que un niño/a enfermo pierda el apetito.

A veces es necesario ofrecer más veces al día comida en menor cantidad para que lo pueda comer.

Después de una enfermedad, ayudar a comer al niño/a hasta que recupere su apetito normal. Seguir así hasta que el niño/a haya recuperado su peso.

Acudir al dispensario para valorar el estado nutricional del niño/a.

Las revisiones ayudan a saber si el niño/a está comiendo lo suficiente y si se encuentra en buena salud.

El crecimiento es normal si el peso y talla van aumentando en las sucesivas visitas.

CUANDO EL NIÑO/A ESTÁ ENFERMO SE DEBE ACUDIR AL DISPENSARIO



Las señales de que un niño/a tiene buena salud y está bien nutrido son fáciles de reconocer:

Está creciendo normalmente.

Está comiendo bien y con apetito.

Está activo, alegre y con ganas de jugar.

No está enfermo frecuentemente.

Se restablece rápido de las enfermedades más comunes.

ANEXO 11: OTROS MENSAJES ESENCIALES PARA LAS MADRES

1. ENSEÑAR A LA MADRE A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL EN CASA

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

Explicar con detalle cómo administrar el medicamento.

Mostrarle cómo medir la dosis (con jeringa).

Observar a la madre mientras practica la medición de la dosis.

Pedir a la madre que administre la primera dosis al niño/a delante de la enfermera.

Apuntar la cantidad y horario en el envase.

Si se debe dar más de un medicamento coger, contar y envolver cada medicamento por separado y apuntar en cada uno la cantidad y horario a administrar.

Explicarle que todos los comprimidos, capsulas y jarabes deben continuar administrándose hasta que termine el tratamiento, aunque el niño/a mejore.

Explicarle a la madre que mantenga los medicamentos fuera del alcance de los niños/as y que los guarde protegidos del sol y del calor.

Asegúrese de que la madre haya entendido todos los procedimientos antes de que se vaya.

2. EXPLICAR A LA MADRE CUANDO DEBE VOLVER AL DISPENSARIO

CONSULTA DE CONTROL:

Aconsejar a la madre cuando debe volver para los controles de crecimiento y desarrollo del PISIS o de los protocolos nutricionales si el niño/a está incluido en alguno de ellos.

Aconsejar a la madre cuando debe volver para la próxima vacuna según el calendario.

¿CUÁNDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO?

NIÑO/A ENFERMO	<ul style="list-style-type: none"> No puede comer ni tomar el pecho Vomita todo Tiene convulsiones Está somnoliento o inconsciente
SI EL NIÑO/A TIENE RESFRIADO O GRIPE O BRONQUITIS, REGRESAR SI TIENE:	<ul style="list-style-type: none"> Respiración rápida Hundimiento de las costillas Dificultad para respirar
SI EL NIÑO/A TIENE DIARREA, REGRESAR SI TIENE	<ul style="list-style-type: none"> Sangre en las heces Heces líquidas y abundantes

3. OFRECER A LA MADRE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y ACONSEJAR SOBRE SU PROPIA SALUD

Si la madre está enferma o anémica, administrar tratamiento o derivar.

Si se identifican riesgos de salud en la madre, asesorar o derivar.

Si la madre está embarazada, verifique si presenta o no signos de peligro. Asegurarse de que sigue los controles periódicos.

Si tiene algún problema en las mamas, revisar la técnica de lactancia materna, administrar tratamiento si está indicado o derivar.

Recomendarle una alimentación lo más variada posible y que beba suficiente líquido.

Dar consejos sobre higiene, auto cuidado y autoestima.

Determinar los antecedentes de vacunación de la madre y si es necesario aplicar vacuna antitetánica.

Hacer control puerperal en el primer mes y dar suplemento de hierro y Vitamina A.



GLOSARIO

PISIS: Programa Integral de Salud Infantil Saharaui	mg: Miligramo
AAPSIB: Associació d'Amics i Amigues del Poble Sharai de les Illes Balears	dl: Decilitros
MdM: Médicos del Mundo	cc: Centímetros cúbicos
MSPS: Ministerio de Salud Pública Saharaui	UI: Unidades internacionales
PMA/WFP: Programa Mundial de Alimentos/ World Food Programme	Kcal: Kilocalorías
UNHCR/ACNUR: United Nations High Comissioner for Refuges	SRO: Suero de rehidratación oral
NCA: Norwegian Church Aid	SOBI: Suero de rehidratación Oral proBiotico
OMS: Organización Mundial de la Salud	CSB (soya): Corn Soya Blend
PB/MUAC: Perímetro braquial/mid-upper-arm- circunference	EV: Endovenoso
P-E: Peso-Edad	BCG: Bacilo de Calmette-Guerín (tuberculosis)
P-T: Peso-Talla	VPO: Virus de la Polio Oral
T-E: Talla-Edad	HB: Hepatitis B
MAS: Malnutrición aguda severa	DTP: Difteria, Tétanos y Pertussis (Tosferina, Coqueluche)
MAM: Malnutrición aguda moderada	Hib: Haemophilus influenzae tipo B
DS: Desviación estándar	S: Sarampión
Kg: Kilogramos	TV: Triple Vírica (Sarampión, Rubeola y Paperas)
g: Gramos	DT: Difería y Tétanos
cm: Centímetros	Td: Tétanos Difteria (tipo adultos)
°C: Grados centígrados	TSS: Técnica de suplementación por succión
	SNG: Sonda nasogástrica