

Cuaderno para
agentes sanitarios
y enfermeros

Hogar | Centro de salud (CRENA)



Cuaderno para
agentes sanitarios
y enfermeros

Hogar | Centro de salud (CRENA)

Este Manual fue elaborado por el Área de Nutrición de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez - Dirección Nacional de Cursos de Vida, Ministerio de Salud de la Nación

COLABORACIÓN EN LA AUTORÍA

Sofía Piñero

Juan Carlos Martínez

Magdalena Goyeneix

REVISIÓN UNICEF

Fernando Zingman

Julia Anciola

María del Pilar Rodríguez Vázquez

PROCESO EDITORIAL

Asesoramiento pedagógico: Gabriela L. Rodríguez

Edición: Guadalupe Rodríguez

Diseño y diagramación: GOMO | Estudio de diseño

En este documento se utiliza el masculino genérico para evitar la sobrecarga gráfica que implica indicar los diferentes géneros en cada nominación. El Ministerio de Salud de la Nación promueve la igualdad de género en todas sus manifestaciones.

El Manejo Comunitario de la Desnutrición Aguda (MCDA) se enfoca en la identificación, el tratamiento y el manejo de la desnutrición aguda moderada (DAM) y severa (DAS) en niños de 6 a 59 meses de edad, involucrando a todo el equipo de salud y a los miembros de la comunidad donde se presenta esta problemática. En este marco, el tratamiento es ambulatorio para la mayoría de los casos, pero cuando se presentan complicaciones, pasa a ser hospitalario.

Este material es una herramienta de apoyo para todo el equipo de salud, pero especialmente para los agentes sanitarios, cuya tarea es importantísima para la detección y el manejo inicial en la comunidad.

Aquí encontrarán esquemas, tablas y gráficos que colaboran con el trabajo cotidiano con la comunidad y el tratamiento de la desnutrición en las instituciones de salud. Los fundamentos de estos recursos están presentados en el ***Manual para el Manejo Comunitario de la Desnutrición Aguda***, que sugerimos consultar ante cualquier inquietud.

Índice



1. Definición de desnutrición	6
MARASMO	6
KWASHIORKOR	7
1. A. CÓMO IDENTIFICAR SI UN NIÑO TIENE DAM O DAS	8
2. Hallazgos clínicos relacionados con la nutrición	9
3. Diagnóstico nutricional	10
3. A. PESO Y TALLA	10
3. A. 1. MEDICIÓN DE PESO	10
3. A. 2. MEDICIÓN DE TALLA	13
3. B. PERÍMETRO BRAQUIAL (PB)	18
3. C. EDEMA NUTRICIONAL	20
3. C. 1. DETECCIÓN DEL EDEMA	20
3. C. 2. CLASIFICACIÓN DEL EDEMA	21
TABLAS DE PUNTAJE Z (RELACIÓN PESO/TALLA)	23
4. Criterios de derivación hospitalaria	36
5. Flujo de pacientes de Manejo Comunitario de Desnutrición Aguda (MCDA)	37
6. Criterios de diagnóstico y derivación a CRENA o CRENI	40
6. A. PRUEBA DEL APETITO	41

7. Pautas de alarma para el manejo ambulatorio y referencia a CRENI	42
8. Correcta utilización del Alimento Terapéutico Listo para Usar (ATLU)	43
RECOMENDACIONES SOBRE EL ATLU	44
CANTIDAD DE ATLU SEGÚN EL PESO DEL NIÑO	45
9. Criterios para la toma de decisiones	48
10. Resumen de criterios de ingreso y egreso al programa de Manejo Comunitario de Desnutrición Aguda (MCDA)	50
11. Lactancia materna	52
12. Alimentación complementaria	54
13. Recomendaciones sobre el lavado de manos	56
ANEXOS	58



1. Definición de desnutrición

Existen dos formas clínicas de desnutrición.

MARASMO



- **Pérdida de tejido celular subcutáneo y músculo esquelético** (más visible en muslos, nalgas, parte superior de brazos, sobre costillas y omóplatos).
- **Piel rugosa**, pérdida de elasticidad.
- **Ojos hundidos** (debido a la pérdida de grasa detrás del ojo).
- **Pómulos prominentes.**
- **Atrofia de las glándulas lagrimales y salivales** (falta de lágrimas y sequedad de la boca).
- **Cabello ralo, seco**, sin brillo, con pérdida, incluso hasta llegar a la alopecia.
- Este conjunto de cambios puede hacer que el niño tenga una **aparición de anciano.**
- **Abdomen distendido** debido a la debilidad de los músculos abdominales y al gas de las bacterias que invaden la parte superior del intestino (sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado).
- **Cambios en el comportamiento** como apatía, irritabilidad o llanto excesivo.

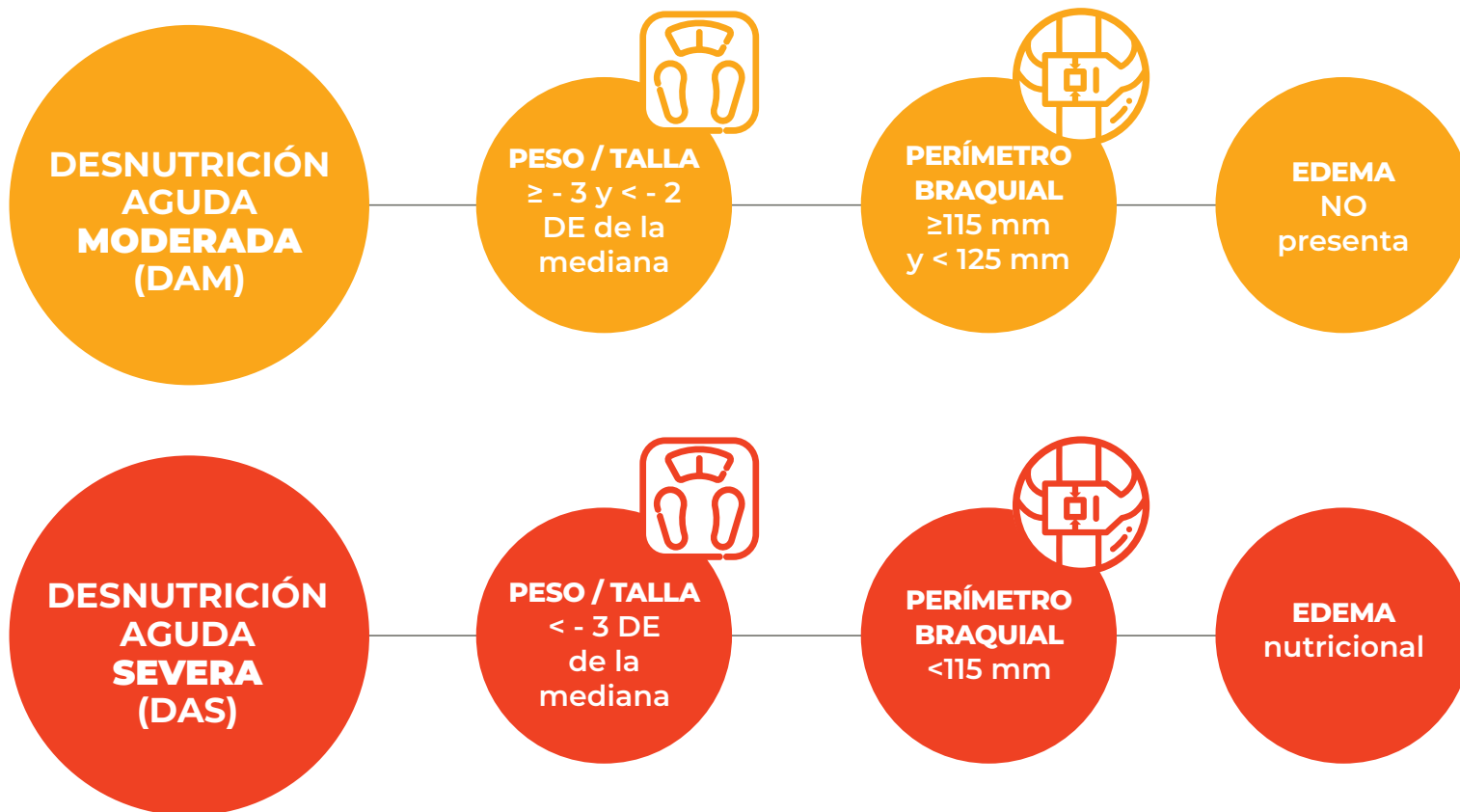
KWASHIORKOR




- **Edema nutricional** de la parte inferior de las piernas y los pies, por donde suele comenzar. Puede desarrollarse rápidamente un edema generalizado (grado 3 o severo) que afecta los brazos y la cara, además de las piernas.
- **Lesiones cutáneas:** atrofia, parches de eritema, hipo o hiperpigmentación, descamación, lesiones exudativas que se asemejan a quemaduras, piel frágil propensa a ulceración e infección. Los cambios en la piel a menudo ocurren sobre las extremidades con edema, comienzan como parches de piel oscura que se van agrietando y descamando, dejando una piel más clara que se daña fácilmente e infecta.
- **Cambios en el color del cabello** (se aclara o se vuelve rojizo) y también en la textura (seco, delgado, quebradizo). El cabello se vuelve escaso, se puede sacar fácilmente y sin dolor.
- **Pérdida de masa muscular y grasa** (en presencia de edema, la pérdida se puede ver mejor en la parte superior de los brazos y los hombros).
- Suele haber **hepatomegalia secundaria a la infiltración grasa**.

1. A. CÓMO IDENTIFICAR SI UN NIÑO TIENE DAM O DAS

En niños de 6 a 59 meses de edad, se considera desnutrición aguda si se presentan uno o más de los criterios que se describen a continuación.



2. Hallazgos clínicos relacionados con la desnutrición

DÉFICIT	HALLAZGO			HALLAZGO	DÉFICIT	
↓ Vitamina A	Sequedad conjuntival, manchas de Bitot, keratomalacia	OJOS		CABELLO	Escaso, ralo, seco, despigmentado, opaco. Desprendimiento capilar fácil. Signo de la bandera	Déficit proteico y de minerales
↓ Riboflavina	Inyección pericorneal	DIENTES		NEUROLÓGICO	Oftalmoplegia	↓ Tiamina, vitamina E
↓ Flúor	Caries			Hiporreflexia	↓ Vitamina E	
↓ Flúor	Esmalte parcheado			Ataxia, déficit sensorial	↓ Vitaminas B12 y E	
↓ Vitaminas A y D	Esmalte hipoplástico	LENGUA		SISTEMA ENDÓCRINO Y OTROS	Hipotiroidismo	↓ Iodo
↓ Niacina, folato, riboflavina, vitamina B12	Glositis				Intolerancia a la glucosa	↓ Cromo / K+
↓ Hierro, riboflavina	Estomatitis angular	LABIOS			Alteración en el gusto	↓ Zinc
↓ Vitaminas del complejo B	Queilosis	ENCÍAS		PIEL	Sequedad, queratosis folicular	↓ Vitamina A
↓ Vitamina C	Sangrado, hinchazón				Dermatitis simétrica de la piel expuesta al sol, presión o trauma	↓ Niacina
↓ Vitamina A	Enrojecimiento gingival				Petequias, púrpura	↓ Vitamina C
↓ Hierro	En forma de cuchara, koiloniquia	UÑAS			Dermatitis vulvar, escrotal	↓ Riboflavina
↓ Vitaminas C y D	Agrandamiento costo-condral	ESQUELETO			Dermatitis generalizada	↓ Zinc, AGE
↓ Vitamina D	Craneotabes, abombamiento frontal, agrandamiento de epífisis				Erupción eritematosa peri-orificial (boca, ano)	↓ Zinc
↓ Vitamina C	Sensibilidad, dolor esquelético	MÚSCULOS			Cicatrización lenta de heridas	↓ Zinc, vitamina C
			Dermatitis seborreica en surcos nasolabiales	↓ Riboflavina		
			Disminución de la masa muscular	Déficit proteico-calórico		
			Dolor en pantorrillas	↓ Tiamina		

3. Diagnóstico nutricional

3. A. Peso y talla

3. A. 1. MEDICIÓN DE PESO

INSTRUMENTO

Se debe utilizar una balanza de palanca, que puede ser de dos tipos.



1. Balanza de plato para lactantes, con sensibilidad de 50 gramos.



2. Balanza de pie, con sensibilidad de 100 gramos.

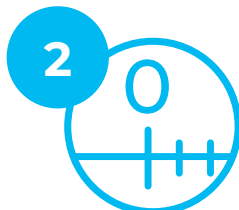
TÉCNICA DE USO

- **Balanza de plato para lactantes:** se utiliza en niños hasta 2 años o que pesen menos de 15 kilos.

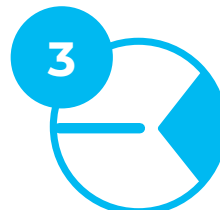
PASOS



1. Chequear que el plato esté bien colocado.



2. Llevar a cero las pesas de kilos y gramos.



3. Observar que el fiel esté centrado¹.



4. Solicitar a la madre, padre o cuidador que deje al niño en ropa interior.



5. Colocar al niño de forma que distribuya uniformemente su peso en el centro del plato, sin contacto con ningún objeto externo a la balanza.



6. Registrar el peso cuando el niño se encuentre quieto y la balanza esté estabilizada.

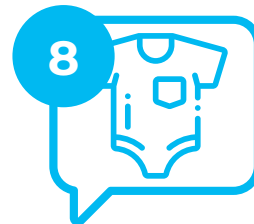


Registre el dato en kilos y hasta los **50 gramos** más cercanos.

1. Se coloca una pesa de 5 kilos en la base de la plataforma de la balanza, el fiel debe estar en posición horizontal. Si está inclinado hacia arriba, con un destornillador girar la tuerca (ubicada en el lado derecho de la balanza) hacia abajo; y al revés en el caso de que el fiel se incline hacia abajo, hasta que se observe el fiel centrado.



7. Si se debe redondear el número, registrar el peso hasta los 50 gramos completos más próximos al equilibrio del fiel.



8. Pedir a la madre, padre o cuidador que levante al niño de la balanza y lo vista.



9. Limpiar el plato de la balanza con alcohol.

• Balanza de pie

PASOS



Registre el dato en kilos y hasta los **100 gramos** más cercanos.



1. Solicitar al niño que se quite zapatos, pantalones, abrigo y toda otra prenda que no sea necesaria para la medición del peso.



2. Pedirle que permanezca de pie, inmóvil, en el centro de la plataforma, con el peso del cuerpo distribuido en forma pareja entre ambos pies.



3. Registrar el peso hasta los 100 gramos completos más próximos al equilibrio del fiel de la balanza. Es decir, si la lectura está entre 18,7 y 18,8 kg, el peso a consignar debe ser 18,7 kg.

3. A. 2. MEDICIÓN DE TALLA

- Longitud corporal: **hasta los 2 años**, la talla debe medirse en **decúbito supino (acostado)**.
- Estatura: desde los **2 años inclusive en adelante**, la medición de la talla debe tomarse en **posición de pie**.

ACLARACIÓN | Circunstancias especiales

1. Si un niño menor de 2 años no permite que lo acuesten boca arriba para la medición, se puede hacer en posición de pie y sumar 0,7 cm para convertir la estatura a longitud corporal.
2. Si un niño de 2 años de edad o más no puede ponerse de pie, medir la longitud en posición acostado boca arriba y restar 0,7 cm, para convertir a estatura.
3. Si se desconoce la edad del niño pero mide menos de 87 cm de estatura, se debe tomar la longitud corporal (acostado).
4. Si se desconoce la edad del niño pero mide 87 cm o más, medir la talla de pie.

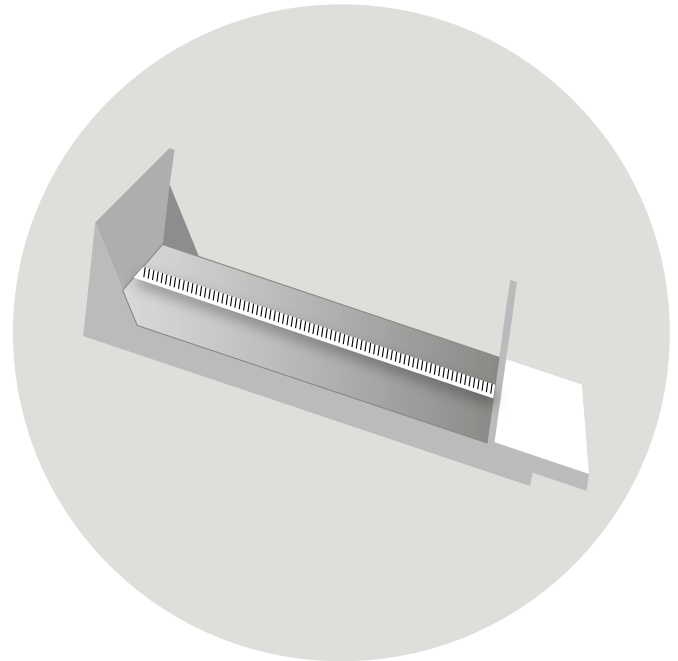
PARA MEDIR LA LONGITUD CORPORAL

INSTRUMENTO

Pediómetro

Cualquiera sea el pediómetro usado, debe reunir las siguientes características:

1. Superficie horizontal dura.
2. Escala métrica inextensible, graduada en milímetros, fijada a lo largo de la superficie horizontal.
3. Superficie vertical en ángulo recto con la horizontal, fija en un extremo de la superficie horizontal y de la escala graduada.
4. Superficie vertical móvil que se desplace horizontalmente, manteniendo un ángulo recto con la superficie horizontal y sin “juego” en sentido lateral.
5. Superficie vertical con altura no inferior a los 8 cm.



TÉCNICA

En este caso, es necesaria la colaboración de un ayudante para realizar la medición.



ACLARACIÓN

El cero de la escala se corresponde con el plano fijo vertical donde se apoya la cabeza. En las primeras semanas de vida, se puede contactar la pieza móvil con el talón izquierdo solamente, porque es muy difícil estirar ambas piernas en forma suave.

La posición del niño debe ser la siguiente:

1. Acostado, boca arriba, con la mirada hacia el techo.
2. Su cabeza debe tocar la cabecera fija del instrumento.
3. Piernas juntas y extendidas. La persona que realiza la medición puede colocar una mano sobre las rodillas del niño y con la otra deslizar la pieza móvil hasta que quede firme en contacto con los talones.

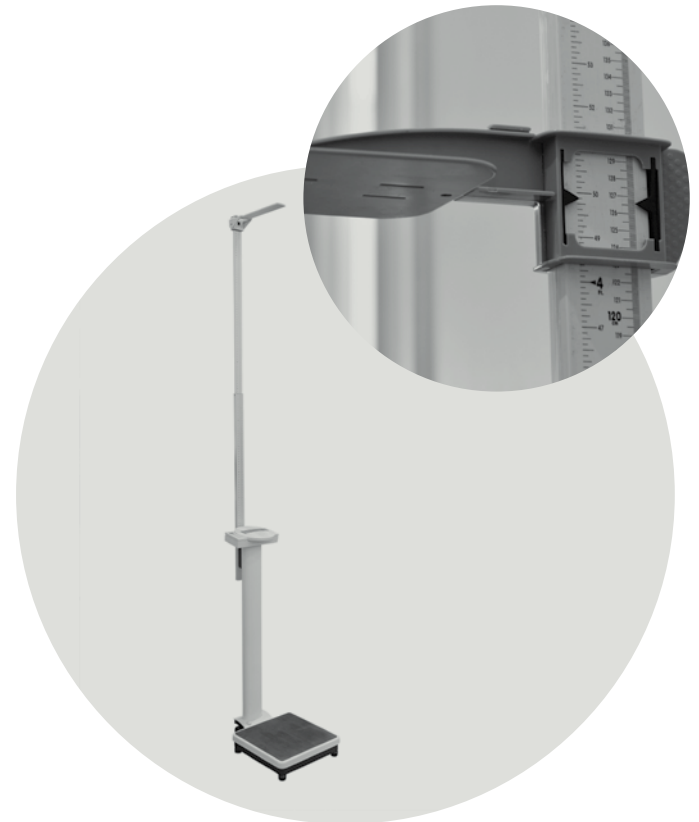
PARA MEDIR LA ESTATURA

INSTRUMENTO

Estadiómetro

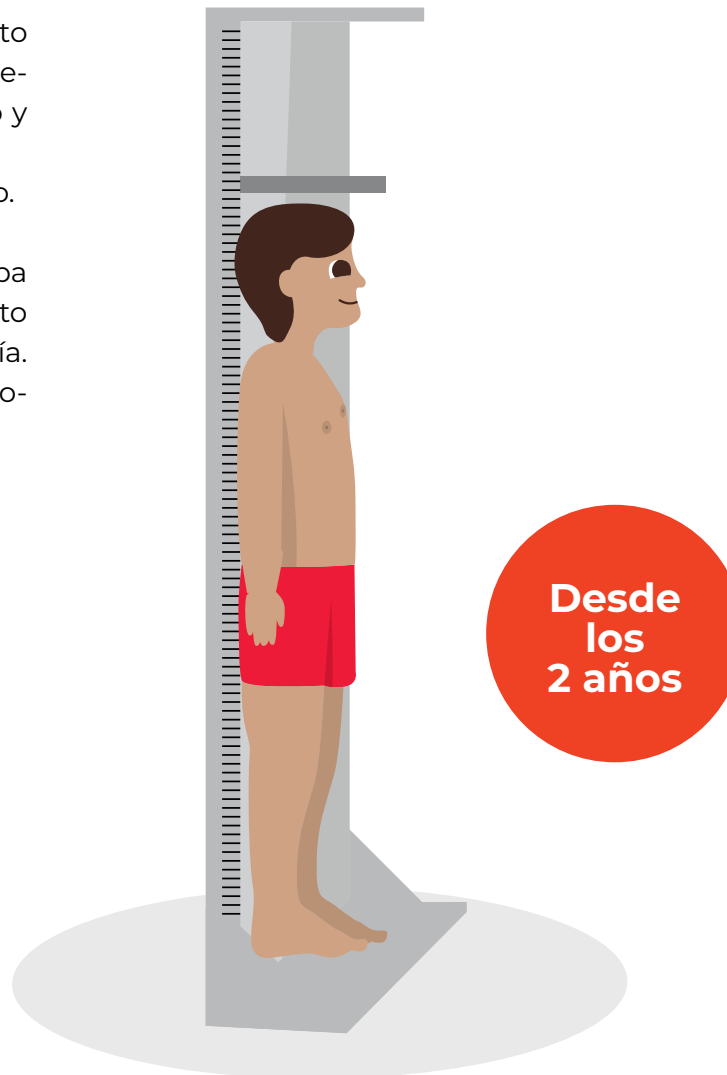
Cualquiera sea el estadiómetro usado, debe reunir las siguientes características:

1. Superficie horizontal dura.
2. Escala métrica inextensible, graduada en milímetros, fijada a lo largo de la superficie horizontal.
3. Superficie vertical en ángulo recto con la horizontal, fija en un extremo de la superficie horizontal y de la escala graduada.
4. Superficie vertical móvil que se desplace horizontalmente, manteniendo un ángulo recto con la superficie horizontal y sin "juego" en sentido lateral.
5. Superficie vertical con altura no inferior a los 8 cm.



TÉCNICA

- Talones juntos, nalgas y cabeza deben estar en contacto con la superficie vertical. Si es necesario, un asistente puede sostener los talones del niño en contacto con el piso y sus piernas bien extendidas.
- Hombros relajados y ambos brazos al costado del cuerpo.
- Vista perpendicular al eje vertical del cuerpo.
- Traccionar suavemente la cabeza del niño hacia arriba mientras realiza una inspiración profunda. El estiramiento minimiza la variación en estatura que ocurre durante el día.
- Deslizar la superficie horizontal hacia abajo, hasta que toque la cabeza del niño.



3. B. Perímetro braquial (PB)

La disminución de la grasa subcutánea del brazo es correlativa con el indicador peso/talla, generando una herramienta simple y rápida para el diagnóstico de DA. El color amarillo/anaranjado coincide con P/T -3 a -2 (DAM) y el color rojo con el P/T menor a -3 (DAS).

PASO 1

Pedir a la madre, padre o cuidador que deje al descubierto el brazo izquierdo del niño. Determinar el punto medio entre el extremo del hombro y el codo.



1. Identifique la punta del hueso del hombro (acromion).



2. Doble el brazo del niño en un ángulo de 90 grados.



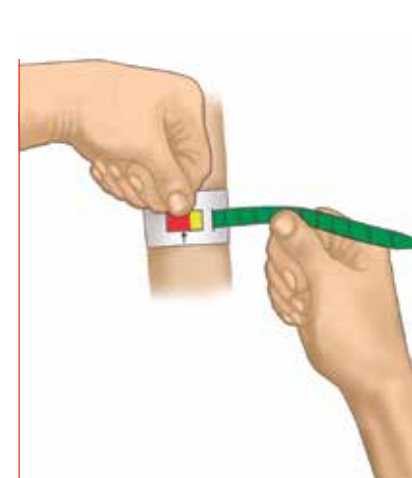
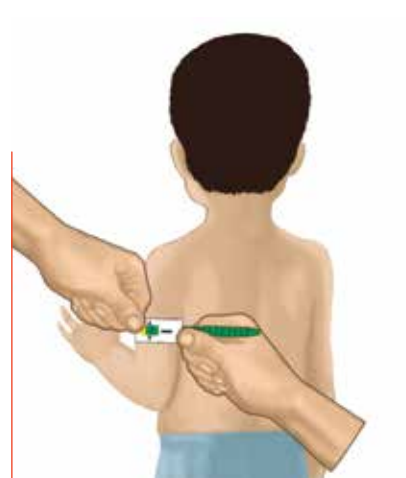
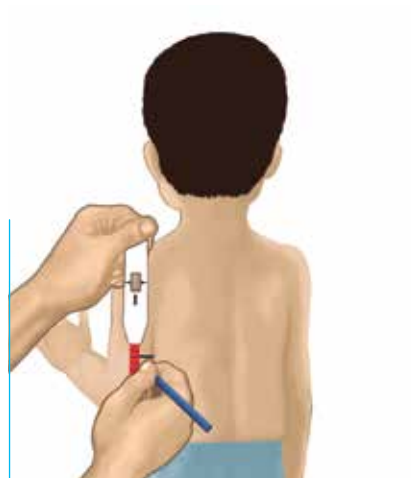
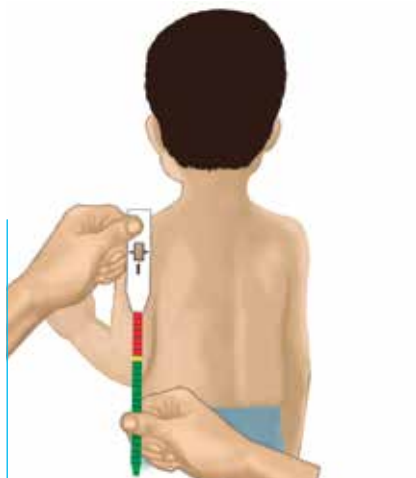
3. Identifique la punta saliente del codo (olécranon).



Registre el dato en **milímetros (mm)** de manera inmediata y legible.

PASO 2

Medir el perímetro braquial



4. Identifique la punta saliente del hombro nuevamente.
5. Por detrás, con la cinta mida la distancia entre la punta saliente del hombro y la punta saliente del codo.
6. Marque sobre el brazo, con marcador, la mitad de la distancia que acaba de medir.
7. Deje caer el brazo del niño de manera natural y sobre la marcación anterior enrolle horizontalmente la cinta.
8. Verifique que la cinta haya quedado plana, ni muy apretada ni muy suelta.
9. Cuando la cinta esté en la posición correcta, lea el número que aparece en la ventana, exactamente en el lugar donde está la flecha. Este número es el perímetro braquial (PB) del niño.

PASO 3

Una vez realizada la primera medida, repita el procedimiento para validarla.

Compare ambos resultados. Si varía en más de 3 mm (0,3 centímetros), tome la medida por tercera vez.

Promedie los dos valores que estén dentro de la variabilidad permitida.

3. C. Edema nutricional

3. C. 1. DETECCIÓN DE EDEMA



Por lo general comienza en ambos pies y se extiende hacia los brazos, la cara y el resto del cuerpo.

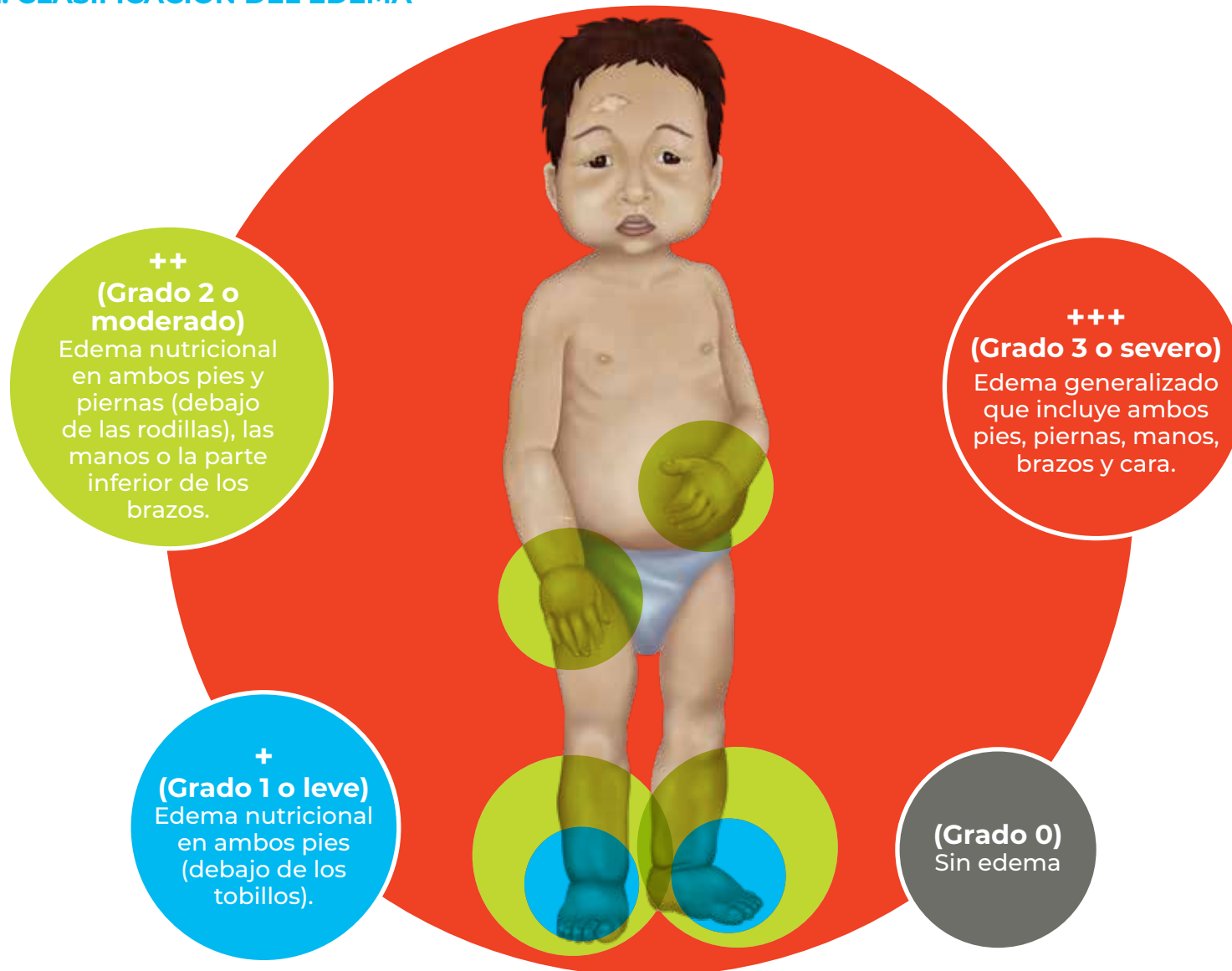


Deja una fóvea (fosa/ impresión en el pie cuando se levanta el pulgar luego de realizar presión) que no cambia según el momento del día o la postura.



Para ser considerado un signo de desnutrición aguda, el edema debe aparecer en ambos pies. Si la hinchazón es solo en uno, puede deberse a una lesión o infección local.

3. C. 2. CLASIFICACIÓN DEL EDEMA



TÉCNICA PARA VERIFICAR LA PRESENCIA DE EDEMA NUTRICIONAL



PASO 1

Sostener los pies del niño y presionar con los pulgares sobre ambos. Esperar 3 segundos y levantar los pulgares.

1. Si no se muestra una fóvea (depresión) o si la fóvea solo queda marcada en un pie, el niño no tiene edema nutricional.
2. Si aparece una fóvea en ambos pies, seguir con el paso 2.



PASO 2

Continuar con la misma prueba en la parte inferior de las piernas y los brazos, y en las manos.

1. Si no aparecen fóveas en estas áreas, el niño tiene un edema nutricional leve o de grado 1 (+): el edema nutricional leve se presenta solo en los pies.
2. Si aparecen fóveas en las otras áreas, seguir con el paso 3.



PASO 3

Evaluar si hay edema (hinchazón) en la cara, especialmente alrededor de los ojos.

1. Si no hay edema en la cara, entonces el niño tiene edema nutricional moderado o de grado 2 (++) .
2. Si hay edema en la cara, el niño tiene edema nutricional severo o grado 3 (+++).



Registre el dato indicando el grado del edema.

En caso de duda, recurra a otra persona que conozca la técnica y pueda repetir la evaluación para corroborar el diagnóstico.

TABLAS DE PUNTAJE Z (RELACIÓN PESO/TALLA)

Tabla de puntaje Z de peso para la talla (P/T) de niños y niñas de 0 a 2 años de edad

TABLA DE PUNTAJE Z DE PESO PARA LA TALLA (P/T) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS DE EDAD						
PESO ♂ VARONES			TALLA (CM)	PESO ♀ MUJERES		
-3 DE	-2 DE	MEDIANA		MEDIANA	-2 DE	-3 DE
1,9	2	2,4	45	2,5	2,1	1,9
1,9	2,1	2,5	45,5	2,5	2,1	2
2	2,2	2,6	46	2,6	2,2	2
2,1	2,3	2,7	46,5	2,7	2,3	2,1
2,1	2,3	2,8	47	2,8	2,4	2,2
2,2	2,4	2,9	47,5	2,9	2,4	2,2
2,3	2,5	2,9	48	3	2,5	2,3
2,3	2,6	3	48,5	3,1	2,6	2,4
2,4	2,6	3,1	49	3,2	2,6	2,4
2,5	2,7	3,2	49,5	3,3	2,7	2,5
2,6	2,8	3,3	50	3,4	2,8	2,6
2,7	2,9	3,4	50,5	3,5	2,9	2,7
2,7	3	3,5	51	3,6	3	2,8
2,8	3,1	3,6	51,5	3,7	3,1	2,8
2,9	3,2	3,8	52	3,8	3,2	2,9
3	3,3	3,9	52,5	3,9	3,3	3
3,1	3,4	4	53	4	3,4	3,1

TABLA DE PUNTAJE Z DE PESO PARA LA TALLA (P/T) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS DE EDAD

PESO ♂ VARONES			TALLA (CM)	PESO ♀ MUJERES		
-3 DE	-2 DE	MEDIANA		MEDIANA	-2 DE	-3 DE
3,2	3,5	4,1	53,5	4,2	3,5	3,2
3,3	3,6	4,3	54	4,3	3,6	3,3
3,4	3,7	4,4	54,5	4,4	3,7	3,4
3,6	3,8	4,5	55	4,5	3,8	3,5
3,7	4	4,7	55,5	4,7	3,9	3,6
3,8	4,1	4,8	56	4,8	4	3,7
3,9	4,2	5	56,5	5	4,1	3,8
4	4,3	5,1	57	5,1	4,3	3,9
4,1	4,5	5,3	57,5	5,2	4,4	4
4,3	4,6	5,4	58	5,4	4,5	4,1
4,4	4,7	5,6	58,5	5,5	4,6	4,2
4,5	4,8	5,7	59	5,6	4,7	4,3
4,6	5	5,9	59,5	5,7	4,8	4,4
4,7	5,1	6	60	5,9	4,9	4,5
4,8	5,2	6,1	60,5	6	5	4,6
4,9	5,3	6,3	61	6,1	5,1	4,7
5	5,4	6,4	61,5	6,3	5,2	4,8
5,1	5,6	6,5	62	6,4	5,3	4,9
5,2	5,7	6,7	62,5	6,5	5,4	5
5,3	5,8	6,8	63	6,6	5,5	5,1

TABLA DE PUNTAJE Z DE PESO PARA LA TALLA (P/T) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS DE EDAD

PESO ♂ VARONES			TALLA (CM)	PESO ♀ MUJERES		
-3 DE	-2 DE	MEDIANA		MEDIANA	-2 DE	-3 DE
5,4	5,9	6,9	63,5	6,7	5,6	5,2
5,5	6	7	64	6,9	5,7	5,3
5,6	6,1	7,1	64,5	7	5,8	5,4
5,7	6,2	7,3	65	7,1	5,9	5,5
5,8	6,3	7,4	65,5	7,2	6	5,5
5,9	6,4	7,5	66	7,3	6,1	5,6
6	6,5	7,6	66,5	7,4	6,2	5,7
6,1	6,6	7,7	67	7,5	6,3	5,8
6,2	6,7	7,9	67,5	7,6	6,4	5,9
6,3	6,8	8	68	7,7	6,5	6
6,4	6,9	8,1	68,5	7,9	6,6	6,1
6,5	7	8,2	69	8	6,7	6,1
6,6	7,1	8,3	69,5	8,1	6,8	6,2
6,6	7,2	8,4	70	8,2	6,9	6,3
6,7	7,3	8,5	70,5	8,3	6,9	6,4
6,8	7,4	8,6	71	8,4	7	6,5
6,9	7,5	8,8	71,5	8,5	7,1	6,5
7	7,6	8,9	72	8,6	7,2	6,6
7,1	7,6	9	72,5	8,7	7,3	6,7
7,2	7,7	9,1	73	8,8	7,4	6,8

TABLA DE PUNTAJE Z DE PESO PARA LA TALLA (P/T) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS DE EDAD

PESO ♂ VARONES			TALLA (CM)	PESO ♀ MUJERES		
-3 DE	-2 DE	MEDIANA		MEDIANA	-2 DE	-3 DE
7,2	7,8	9,2	73,5	8,9	7,4	6,9
7,3	7,9	9,3	74	9	7,5	6,9
7,4	8	9,4	74,5	9,1	7,6	7
7,5	8,1	9,5	75	9,1	7,7	7,1
7,6	8,2	9,6	75,5	9,2	7,8	7,1
7,6	8,3	9,7	76	9,3	7,8	7,2
7,7	8,3	9,8	76,5	9,4	7,9	7,3
7,8	8,4	9,9	77	9,5	8	7,4
7,9	8,5	10	77,5	9,6	8,1	7,4
7,9	8,6	10,1	78	9,7	8,2	7,5
8	8,7	10,2	78,5	9,8	8,2	7,6
8,1	8,7	10,3	79	9,9	8,3	7,7
8,2	8,8	10,4	79,5	10	8,4	7,7
8,2	8,9	10,4	80	10,1	8,5	7,8
8,3	9	10,5	80,5	10,2	8,6	7,9
8,4	9,1	10,6	81	10,3	8,7	8
8,5	9,1	10,7	81,5	10,4	8,8	8,1
8,5	9,2	10,8	82	10,5	8,8	8,1
8,6	9,3	10,9	82,5	10,6	8,9	8,2
8,7	9,4	11	83	10,7	9	8,3

TABLA DE PUNTAJE Z DE PESO PARA LA TALLA (P/T) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS DE EDAD

PESO ♂ VARONES			TALLA (CM)	PESO ♀ MUJERES		
-3 DE	-2 DE	MEDIANA		MEDIANA	-2 DE	-3 DE
8,8	9,5	11,2	83,5	10,9	9,1	8,4
8,9	9,6	11,3	84	11	9,2	8,5
9	9,7	11,4	84,5	11,1	9,3	8,6
9,1	9,8	11,5	85	11,2	9,4	8,7
9,2	9,9	11,6	85,5	11,3	9,5	8,8
9,3	10	11,7	86	11,5	9,7	8,9
9,4	10,1	11,9	86,5	11,6	9,8	9
9,5	10,2	12	87	11,7	9,9	9,1
9,6	10,4	12,1	87,5	11,8	10	9,2
9,7	10,5	12,2	88	12	10,1	9,3
9,8	10,6	12,4	88,5	12,1	10,2	9,4
9,9	10,7	12,5	89	12,2	10,3	9,5
10	10,8	12,6	89,5	12,3	10,4	9,6
10,1	10,9	12,7	90	12,5	10,5	9,7
10,2	11	12,8	90,5	12,6	10,6	9,8
10,3	11,1	13	91	12,7	10,7	9,9
10,4	11,2	13,1	91,5	12,8	10,8	10
10,5	11,3	13,2	92	13	10,9	10,1
10,6	11,4	13,3	92,5	13,1	11	10,1
10,7	11,5	13,4	93	13,2	11,1	10,2

TABLA DE PUNTAJE Z DE PESO PARA LA TALLA (P/T) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS DE EDAD

PESO ♂ VARONES			TALLA (CM)	PESO ♀ MUJERES		
-3 DE	-2 DE	MEDIANA		MEDIANA	-2 DE	-3 DE
10,7	11,6	13,5	93,5	13,3	11,2	10,3
10,8	11,7	13,7	94	13,5	11,3	10,4
10,9	11,8	13,8	94,5	13,6	11,4	10,5
11	11,9	13,9	95	13,7	11,5	10,6
11,1	12	14	95,5	13,8	11,6	10,7
11,2	12,1	14,1	96	14	11,7	10,8
11,3	12,2	14,3	96,5	14,1	11,8	10,9
11,4	12,3	14,4	97	14,2	12	11
11,5	12,4	14,5	97,5	14,4	12,1	11,1
11,6	12,5	14,6	98	14,5	12,2	11,2
11,7	12,6	14,8	98,5	14,6	12,3	11,3
11,8	12,7	14,9	99	14,8	12,4	11,4
11,9	12,8	15	99,5	14,9	12,5	11,5
12	12,9	15,2	100	15	12,6	11,6
12,1	13	15,3	100,5	15,2	12,7	11,7
12,2	13,2	15,4	101	15,3	12,8	11,8
12,3	13,3	15,6	101,5	15,5	13	11,9
12,4	13,4	15,7	102	15,6	13,1	12
12,5	13,5	15,9	102,5	15,8	13,2	12,1
12,6	13,6	16	103	15,9	13,3	12,3

TABLA DE PUNTAJE Z DE PESO PARA LA TALLA (P/T) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS DE EDAD						
PESO ♂ VARONES			TALLA (CM)	PESO ♀ MUJERES		
-3 DE	-2 DE	MEDIANA		MEDIANA	-2 DE	-3 DE
12,7	13,7	16,2	103,5	16,1	13,5	12,4
12,8	13,9	16,3	104	16,2	13,6	12,5
12,9	14	16,5	104,5	16,4	13,7	12,6
13	14,1	16,6	105	16,5	13,8	12,7
13,2	14,2	16,8	105,5	16,7	14	12,8
13,3	14,4	16,9	106	16,9	14,1	13
13,4	14,5	17,1	106,5	17,1	14,3	13,1
13,5	14,6	17,3	107	17,2	14,4	13,2
13,6	14,7	17,4	107,5	17,4	14,5	13,3
13,7	14,9	17,6	108	17,6	14,7	13,5
13,8	15	17,8	108,5	17,8	14,8	13,6
14	15,1	17,9	109	18	15	13,7
14,1	15,3	18,1	109,5	18,1	15,1	13,9
14,2	15,4	18,3	110	18,3	15,3	14

Fuente: basado en los Estándares de Crecimiento infantil de la OMS (2006), expresados como Puntaje Z (DS).

Tabla de puntaje Z de peso para la talla (P/T) de niños y niñas de 2 a 5 años de edad

TABLA DE PUNTAJE Z DE PESO PARA LA TALLA (P/T) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD						
PESO ♂ VARONES			TALLA (CM)	PESO ♀ MUJERES		
-3 DE	-2 DE	MEDIANA		MEDIANA	-2 DE	-3 DE
5,9	6,3	7,4	65	7,2	6,1	5,6
6	6,4	7,6	65,5	7,4	6,2	5,7
6,1	6,5	7,7	66	7,5	6,3	5,8
6,1	6,6	7,8	66,5	7,6	6,4	5,8
6,2	6,7	7,9	67	7,7	6,4	5,9
6,3	6,8	8	67,5	7,8	6,5	6
6,4	6,9	8,1	68	7,9	6,6	6,1
6,5	7	8,2	68,5	8	6,7	6,2
6,6	7,1	8,4	69	8,1	6,8	6,3
6,7	7,2	8,5	69,5	8,2	6,9	6,3
6,8	7,3	8,6	70	8,3	7	6,4
6,9	7,4	8,7	70,5	8,4	7,1	6,5
6,9	7,5	8,8	71	8,5	7,1	6,6
7	7,6	8,9	71,5	8,6	7,2	6,7
7,1	7,7	9	72	8,7	7,3	6,7
7,2	7,8	9,1	72,5	8,8	7,4	6,8
7,3	7,9	9,2	73	8,9	7,5	6,9
7,4	7,9	9,3	73,5	9	7,6	7

TABLA DE PUNTAJE Z DE PESO PARA LA TALLA (P/T) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD

PESO ♂ VARONES			TALLA (CM)	PESO ♀ MUJERES		
-3 DE	-2 DE	MEDIANA		MEDIANA	-2 DE	-3 DE
7,4	8	9,4	74	9,1	7,6	7
7,5	8,1	9,5	74,5	9,2	7,7	7,1
7,6	8,2	9,6	75	9,3	7,8	7,2
7,7	8,3	9,7	75,5	9,4	7,9	7,2
7,7	8,4	9,8	76	9,5	8	7,3
7,8	8,5	9,9	76,5	9,6	8	7,4
7,9	8,5	10	77	9,6	8,1	7,5
8	8,6	10,1	77,5	9,7	8,2	7,5
8	8,7	10,2	78	9,8	8,3	7,6
8,1	8,8	10,3	78,5	9,9	8,4	7,7
8,2	8,8	10,4	79	10	8,4	7,8
8,3	8,9	10,5	79,5	10,1	8,5	7,8
8,3	9	10,6	80	10,2	8,6	7,9
8,4	9,1	10,7	80,5	10,3	8,7	8
8,5	9,2	10,8	81	10,4	8,8	8,1
8,6	9,3	10,9	81,5	10,6	8,9	8,2
8,7	9,3	11	82	10,7	9	8,3
8,7	9,4	11,1	82,5	10,8	9,1	8,4
8,8	9,5	11,2	83	10,9	9,2	8,5
8,9	9,6	11,3	83,5	11	9,3	8,5

TABLA DE PUNTAJE Z DE PESO PARA LA TALLA (P/T) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD

PESO ♂ VARONES			TALLA (CM)	PESO ♀ MUJERES		
-3 DE	-2 DE	MEDIANA		MEDIANA	-2 DE	-3 DE
9	9,7	11,4	84	11,1	9,4	8,6
9,1	9,9	11,5	84,5	11,3	9,5	8,7
9,2	10	11,7	85	11,4	9,6	8,8
9,3	10,1	11,8	85,5	11,5	9,7	8,9
9,4	10,2	11,9	86	11,6	9,8	9
9,5	10,3	12	86,5	11,8	9,9	9,1
9,6	10,4	12,2	87	11,9	10	9,2
9,7	10,5	12,3	87,5	12	10,1	9,3
9,8	10,6	12,4	88	12,1	10,2	9,4
9,9	10,7	12,5	88,5	12,3	10,3	9,5
10	10,8	12,6	89	12,4	10,4	9,6
10,1	10,9	12,8	89,5	12,5	10,5	9,7
10,2	11	12,9	90	12,6	10,6	9,8
10,3	11,1	13	90,5	12,8	10,7	9,9
10,4	11,2	13,1	91	12,9	10,9	10
10,5	11,3	13,2	91,5	13	11	10,1
10,6	11,4	13,4	92	13,1	11,1	10,2
10,7	11,5	13,5	92,5	13,3	11,2	10,3
10,8	11,6	13,6	93	13,4	11,3	10,4
10,9	11,7	13,7	93,5	13,5	11,4	10,5

TABLA DE PUNTAJE Z DE PESO PARA LA TALLA (P/T) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD

PESO ♂ VARONES			TALLA (CM)	PESO ♀ MUJERES		
-3 DE	-2 DE	MEDIANA		MEDIANA	-2 DE	-3 DE
11	11,8	13,8	94	13,6	11,5	10,6
11,1	11,9	13,9	94,5	13,8	11,6	10,7
11,1	12	14,1	95	13,9	11,7	10,8
11,2	12,1	14,2	95,5	14	11,8	10,8
11,3	12,2	14,3	96	14,1	11,9	10,9
11,4	12,3	14,4	96,5	14,3	12	11
11,5	12,4	14,6	97	14,4	12,1	11,1
11,6	12,5	14,7	97,5	14,5	12,2	11,2
11,7	12,6	14,8	98	14,7	12,3	11,3
11,8	12,8	14,9	98,5	14,8	12,4	11,4
11,9	12,9	15,1	99	14,9	12,5	11,5
12	13	15,2	99,5	15,1	12,7	11,6
12,1	13,1	15,4	100	15,2	12,8	11,7
12,2	13,2	15,5	100,5	15,4	12,9	11,9
12,3	13,3	15,6	101	15,5	13	12
12,4	13,4	15,8	101,5	15,7	13,1	12,1
12,5	13,6	15,9	102	15,8	13,3	12,2
12,6	13,7	16,1	102,5	16	13,4	12,3
12,8	13,8	16,2	103	16,1	13,5	12,4
12,9	13,9	16,4	103,5	16,3	13,6	12,5

TABLA DE PUNTAJE Z DE PESO PARA LA TALLA (P/T) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD

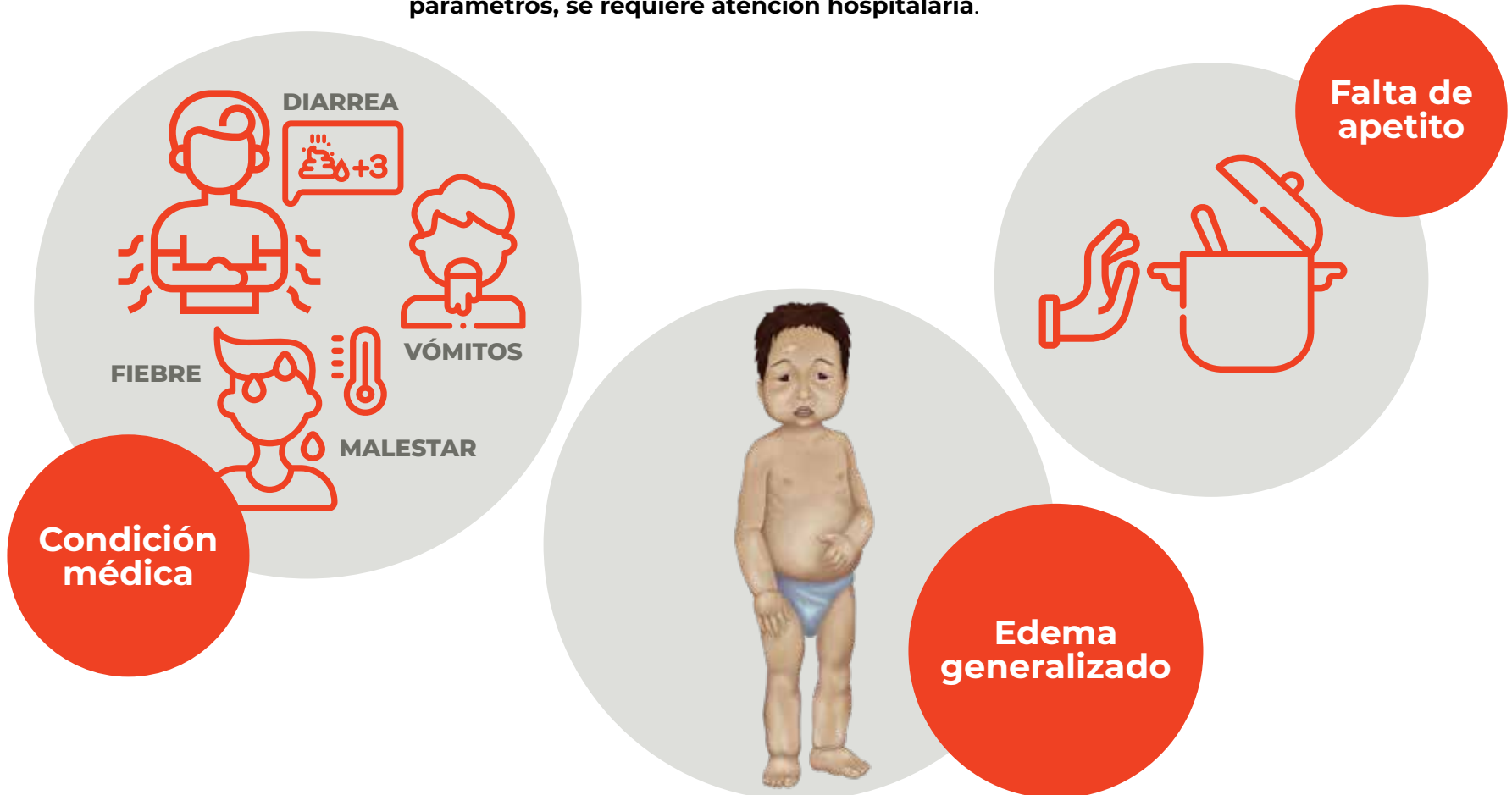
PESO ♂ VARONES			TALLA (CM)	PESO ♀ MUJERES		
-3 DE	-2 DE	MEDIANA		MEDIANA	-2 DE	-3 DE
13	14	16,5	104	16,4	13,8	12,6
13,1	14,2	16,7	104,5	16,6	13,9	12,8
13,2	14,3	16,8	105	16,8	14	12,9
13,3	14,4	17	105,5	16,9	14,2	13
13,4	14,5	17,2	106	17,1	14,3	13,1
13,5	14,7	17,3	106,5	17,3	14,5	13,3
13,7	14,8	17,5	107	17,5	14,6	13,4
13,8	14,9	17,7	107,5	17,7	14,7	13,5
13,9	15,1	17,8	108	17,8	14,9	13,7
14	15,2	18	108,5	18	15	13,8
14,1	15,3	18,2	109	18,2	15,2	13,9
14,3	15,5	18,3	109,5	18,4	15,4	14,1
14,4	15,6	18,5	110	18,6	15,5	14,2
14,5	15,8	18,7	110,5	18,8	15,7	14,4
14,6	15,9	18,9	111	19	15,8	14,5
14,8	16	19,1	111,5	19,2	16	14,7
14,9	16,2	19,2	112	19,4	16,2	14,8
15	16,3	19,4	112,5	19,6	16,3	15
15,2	16,5	19,6	113	19,8	16,5	15,1
15,3	16,6	19,8	113,5	20	16,7	15,3

TABLA DE PUNTAJE Z DE PESO PARA LA TALLA (P/T) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD						
PESO ♂ VARONES			TALLA (CM)	PESO ♀ MUJERES		
-3 DE	-2 DE	MEDIANA		MEDIANA	-2 DE	-3 DE
15,4	16,8	20	114	20,2	16,8	15,4
15,6	16,9	20,2	114,5	20,5	17	15,6
15,7	17,1	20,4	115	20,7	17,2	15,7
15,8	17,2	20,6	115,5	20,9	17,3	15,9
16	17,4	20,8	116	21,1	17,5	16
16,1	17,5	21	116,5	21,3	17,7	16,2
16,2	17,7	21,2	117	21,5	17,8	16,3
16,4	17,9	21,4	117,5	21,7	18	16,5
16,5	18	21,6	118	22	18,2	16,6
16,7	18,2	21,8	118,5	22,2	18,4	16,8
16,8	18,3	22	119	22,4	18,5	16,9
16,9	18,5	22,2	119,5	22,6	18,7	17,1
17,1	18,6	22,4	120	22,8	18,9	17,3

Fuente: basado en los Estándares de Crecimiento infantil de la OMS (2006), expresados como Puntaje Z (DS).

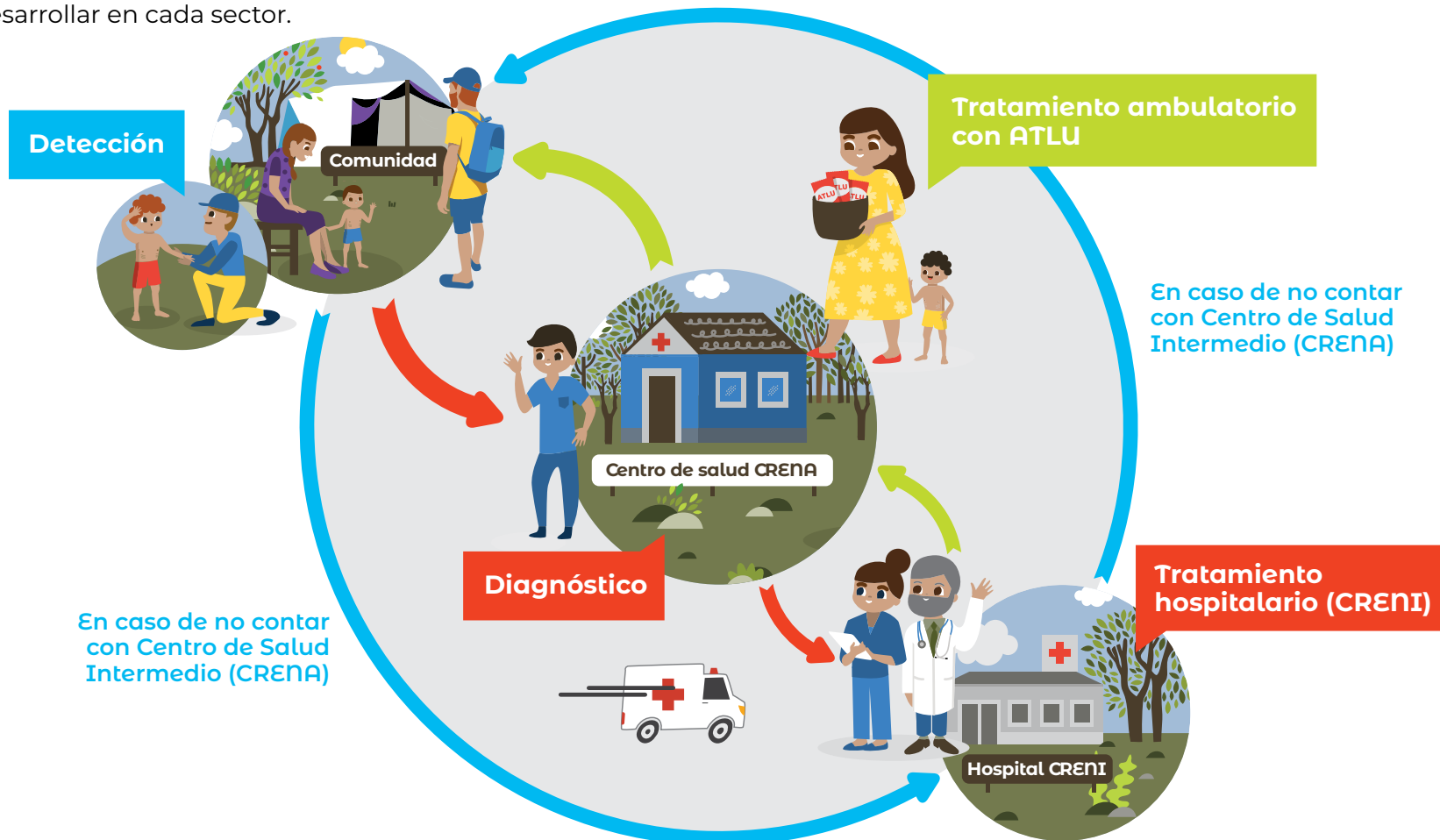
4. Criterios de derivación hospitalaria

Si la desnutrición aguda (ya sea moderada o severa) se presenta con **alguno de los siguientes parámetros, se requiere atención hospitalaria.**



5. Flujo de pacientes de Manejo Comunitario de Desnutrición Aguda (MCDA)

Este cuadro representa el flujo de pacientes en las distintas estructuras, con los diferentes responsables y las actividades a desarrollar en cada sector.



DURANTE LAS VISITAS A LA COMUNIDAD

- Entre todo lo que habitualmente realizan, los agentes sanitarios llevan a cabo tres acciones relacionadas con la desnutrición aguda (DA):
 1. La detección temprana de niños con DA.
 2. La educación y sensibilización de la comunidad sobre DA: qué es, cómo y dónde llevar a los niños para su tratamiento.
 3. El seguimiento de casos de niños con DA.
- Si se sospecha DA (moderada o severa), el agente sanitario solicita a la familia que lleve al niño a la posta o centro de salud que funciona como CRENA.

EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL (CRENA)

- Los enfermeros, médicos o nutricionistas realizan la evaluación clínica, el seguimiento antropométrico y el tratamiento médico básico.
- Junto a los otros miembros del equipo de salud, llevan a cabo el diagnóstico final de desnutrición aguda, que se clasifica en moderada o severa.
- También se realiza la prueba del apetito y el examen físico en busca de complicaciones.
 - A. Si el paciente no tiene complicaciones, es seguido en forma ambulatoria por el CRENA, con orientación en la rehabilitación nutricional con Alimento Terapéutico Listo para Usar (ATLU) y asesoramiento sobre educación alimentaria.
 - B. Si el paciente tiene complicaciones, es derivado a un centro hospitalario para su internación (CRENI).

A. SEGUIMIENTO AMBULATORIO BAJO EL PROGRAMA CRENA

- Los agentes sanitarios realizan el seguimiento de los pacientes a través de visitas semanales o bisemanales para: evaluar la eficacia y la adherencia al tratamiento.
- Si detectan complicaciones médicas, deben ser derivados a CRENI.
- Los pacientes seguidos por CRENA están en su casa siempre: no hay internación.
- Los pacientes concurren al CRENA para la obtención de ATLU y control de manera semanal.

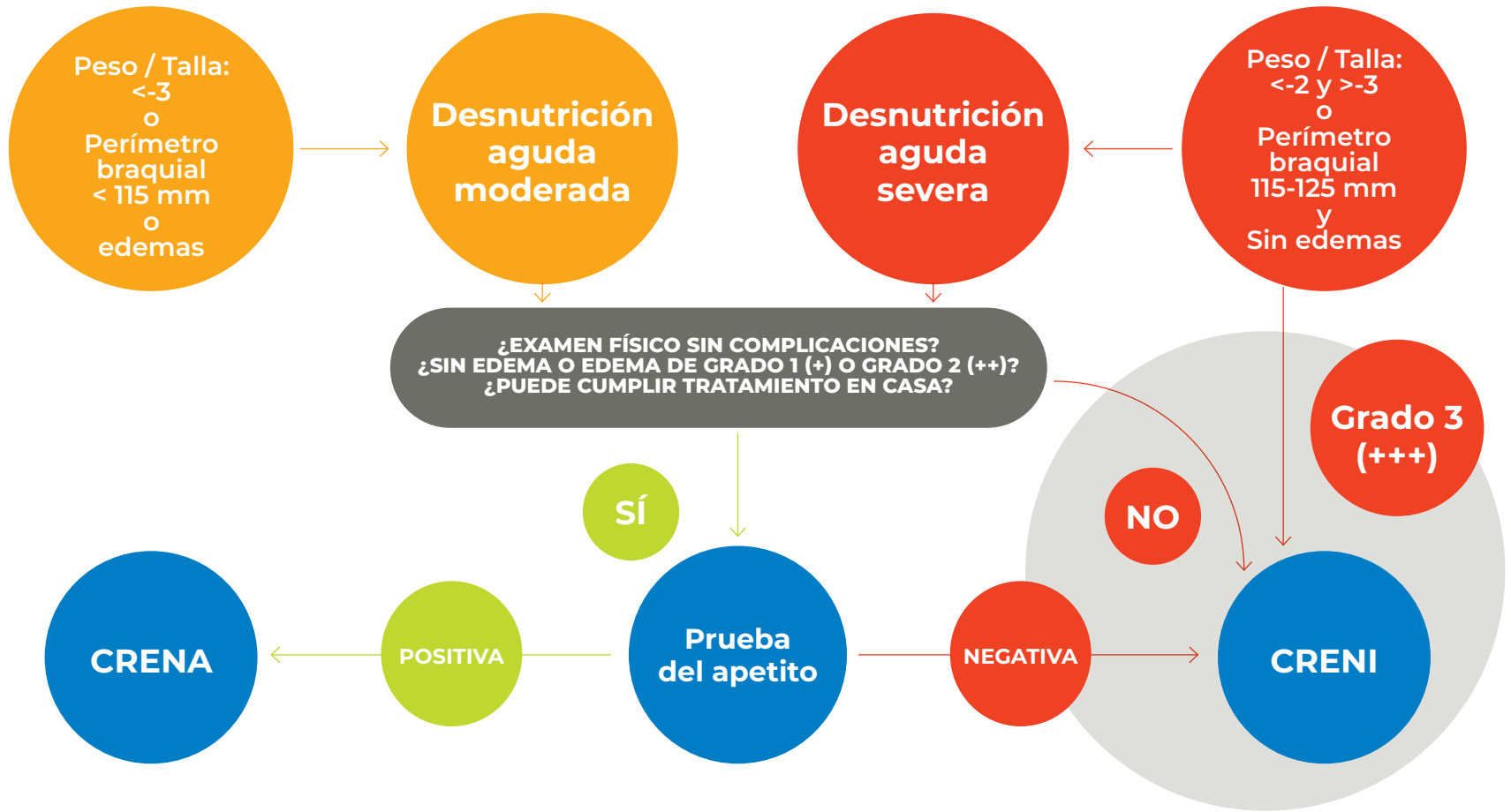
B. SEGUIMIENTO EN EL CRENI POR COMPLICACIONES

- En el CRENI se realiza el manejo hospitalario hasta que la situación clínica del niño se estabiliza y recupera el apetito.
- Una vez estabilizado, puede continuar con el tratamiento en el CRENA y en su domicilio.

La detección temprana junto con el manejo comunitario permiten:

- Iniciar el tratamiento por desnutrición aguda antes de que aparezcan complicaciones.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.

6. Criterios de diagnóstico y derivación a CRENA o CRENI



6. A. Prueba del apetito

Esta prueba debe llevarse a cabo en un lugar tranquilo y respetando los siguientes pasos:

1. Explicar el propósito de la prueba a la madre, padre o cuidador del niño.
2. Luego de lavarse las manos y las del niño, debe sentarse de forma cómoda, con el niño en su regazo.
3. El ATLU se debe ofrecer directamente del sobre o poniendo una pequeña cantidad en una cuchara.
4. Esto se debe hacer sin forzar al niño y alentándolo regularmente. Si se niega a comer, la madre, padre o cuidador debe continuar intentándolo el tiempo que sea necesario.
5. La prueba generalmente es corta, pero puede durar hasta 1 hora.
6. El niño nunca debe ser obligado a comer el ATLU.
7. Al mismo tiempo que se consume el ATLU, se debe ofrecer agua segura, porque debido a la consistencia y densidad calórica del alimento, su consumo puede disminuir o verse afectado si no se ofrece suficiente cantidad de agua.
8. Prueba del apetito POSITIVA: entregar el ATLU utilizado para terminar de consumir en el día.
9. Prueba del apetito NEGATIVA: se debe desechar el ATLU utilizado.

CANTIDAD MÍNIMA DE ATLU QUE DEBE SER CONSUMIDA POR EL NIÑO PARA PASAR LA PRUEBA DEL APETITO

PESO DEL NIÑO	CANTIDAD DE ALIMENTO TERAPÉUTICO LISTO PARA USAR CONSUMIDO (SACHET DE 92 GRAMOS)
4 a 6,9 kg	> 1/4 sachet
7 a 9,9 kg	> 1/3 sachet
10 a 14,9 kg	> 1/2 sachet
15 a 29 kg	> 3/4 sachet

POSIBLES RESULTADOS DE LA PRUEBA DEL APETITO

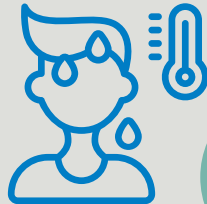
RESULTADO	CRITERIO (CANTIDADES: TABLA ANTERIOR)	MANEJO
Prueba del apetito POSITIVA	El niño come aproximadamente el volumen (o más) correspondiente a su peso	Apetito conservado Manejo ambulatorio (CRENA)
Prueba del apetito NEGATIVA	El niño consume menos del volumen de ATLU correspondiente a su peso	Apetito ausente Debe ser referido para el manejo intrahospitalario (CRENI)

7. Pautas de alarma para el manejo ambulatorio y referencia a CRENI

Falta de apetito



Diarrea + de 3/día



Fiebre



Vómitos



Dificultad respiratoria tiraje / tos

Anuria / oliguria



Trastornos en la conducta

Edema generalizado

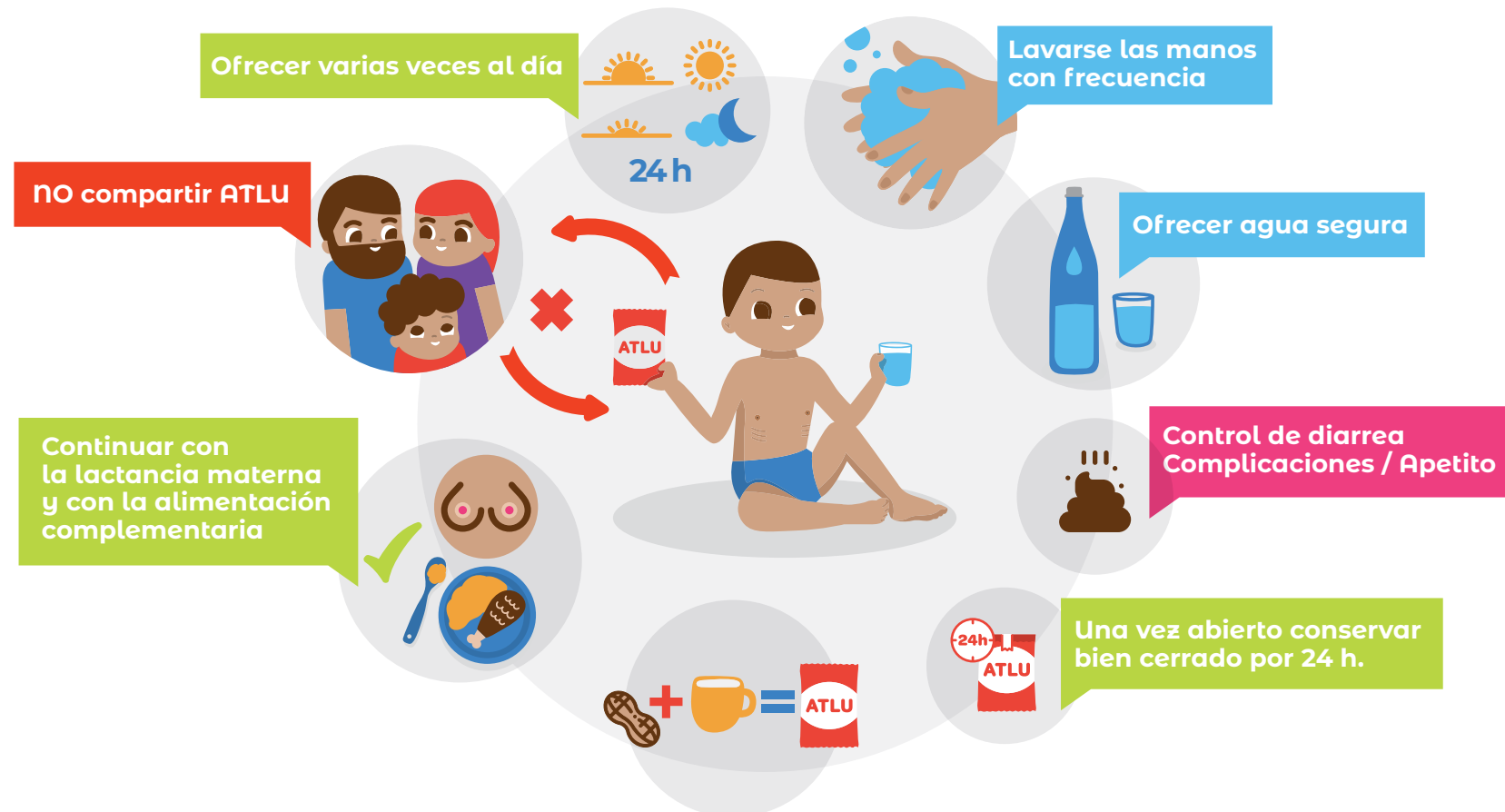


Sin progresión en el aumento de peso o perímetro braquial



8. Correcta utilización del Alimento Terapéutico Listo para Usar (ATLU)

Al inicio del tratamiento, es importante proporcionar asesoramiento y educación a la madre, padre o cuidador del niño respecto del uso y alcance del ATLU, su almacenamiento y pautas acerca de lo esperable a lo largo del tratamiento. Estos mensajes deben reforzarse en cada visita de seguimiento.



Recomendaciones sobre el ATLU

PESO	DÍA	SEMANA
CANTIDAD DE ATLU		
		
		
		

La dosis del ATLU se calcula según el peso del paciente por día; por lo tanto, se deben entregar los paquetes necesarios hasta el próximo control.

Los pacientes con buena adherencia pueden controlarse semanalmente.

- Debe considerarse como un medicamento, porque se utiliza para la rehabilitación de la desnutrición aguda.
- No se comparte con otras personas que no presenten este cuadro.
- Está hecho sobre la base de maní, leche en polvo, azúcar, minerales y vitaminas.
- Se puede consumir directamente del sobre, rasgando una esquina. No necesita preparación.
- No sustituye a la lactancia. Es importante amamantar al niño antes de recibir el ATLU.
- Se ofrece en pequeñas cantidades, 5 o 6 veces por día, según el apetito del niño.
- Se recomienda no mezclarlo con otros alimentos para garantizar la correcta absorción de sus componentes. En caso de incluir otros alimentos, debe ser en otro momento.
- El apetito del niño puede aumentar o disminuir a lo largo del tratamiento.
- Si el niño termina la ración de ATLU, se puede complementar con una dieta equilibrada hasta su próxima visita de seguimiento. Esto es un signo de éxito.
- Durante la ingesta y el tratamiento es muy importante lavarse bien las manos.
- Se recomienda que el niño beba agua segura durante el consumo de ATLU.
- Se recomienda cantar, hablar y jugar con el niño mientras se alimenta para estimular su apetito y su desarrollo.
- El niño puede consumir solo el ATLU, sin ayuda, si la edad, su estado clínico y madurativo lo permiten.
- El ATLU no se diluye en líquido (agua, leche, jugo, etc.) para evitar la aparición de bacterias.
- Una vez abierto, el ATLU debe consumirse durante las primeras 24hs. Si no se consume todo el ATLU durante un día, debe ser desechado (riesgo de contaminación) y abrir uno nuevo al día siguiente.

Cantidad de ATLU según el peso del niño

CANTIDAD DE ATLU PARA LA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA (DAM)

Ración* de ATLU para el manejo ambulatorio (paquete que contiene 92 g/500 kcal).

PESO DEL NIÑO (KG)	PAQUETES POR DÍA	PAQUETES POR SEMANA
4 - 6,9	1	7
7- 9,9	1,5	11
10 -13,4	2	14
13,5 - 16,9	2,5	18
17 - 19,9	3	21
20 - 22	3,5	25

* Basada en una ración de rehabilitación nutricional promedio de 75 kcal/kg/día.

CANTIDAD DE ATLU PARA LA ETAPA INICIAL DE LA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA (DAS)

Ración* de ATLU para el manejo ambulatorio (paquete que contiene 92 g/500 kcal).

PESO DEL NIÑO (KG)	PAQUETES POR DÍA	PAQUETES POR SEMANA
4 – 4,9	1 ¼	9
5 – 5,9	1 ½	11
6 – 7,4	2	14
7,5 – 8,9	2 ¼	16
9 – 9,9	2 ½	18
10 – 11,4	2 ¾	20
11,5 – 12,4	3	21
≥ 12,5	3 ½	25

*Basada en una ración de rehabilitación nutricional promedio de 135 kcal/kg/día.

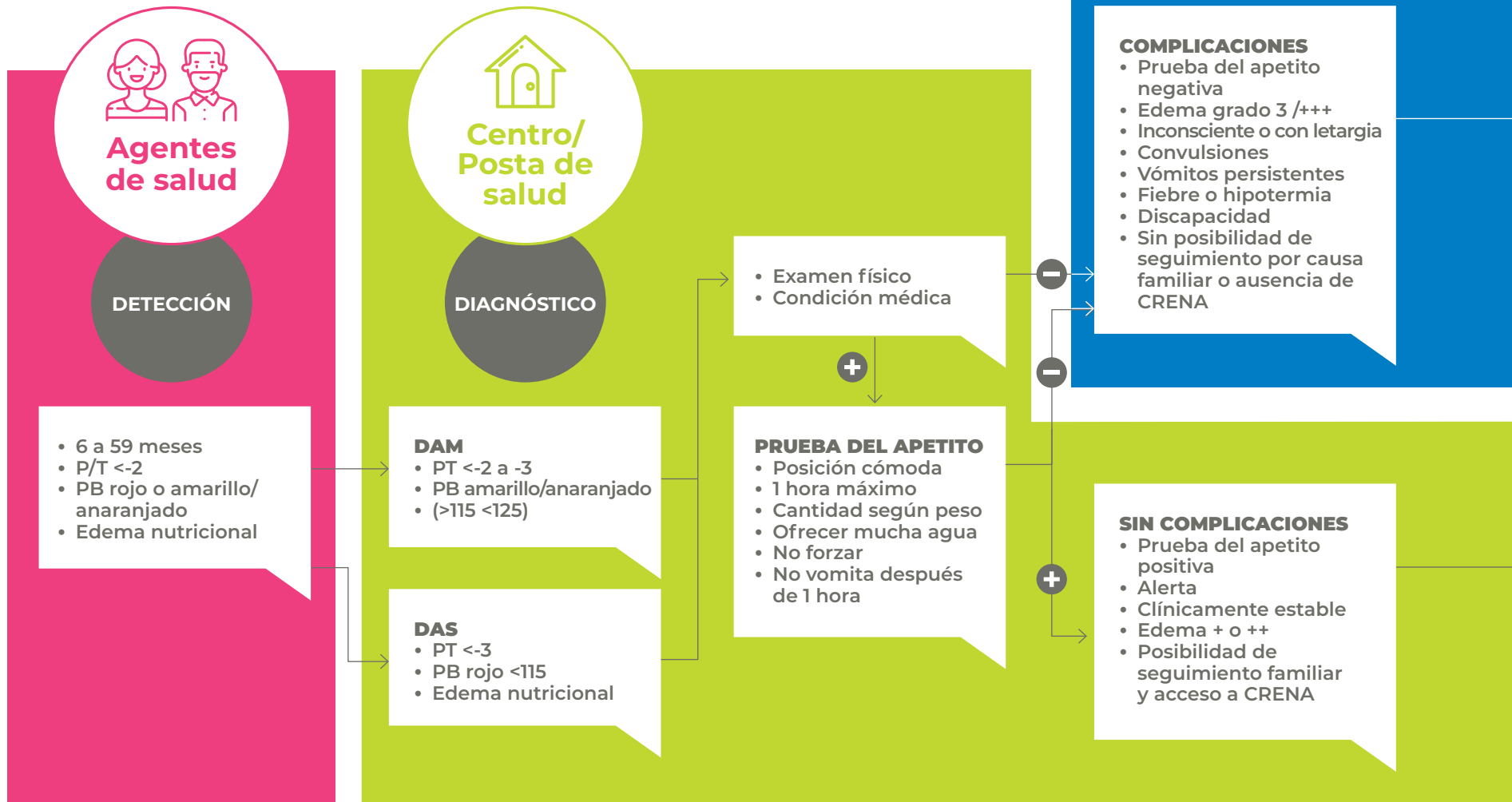
CANTIDAD DE ATLU PARA LA ETAPA DE CONTINUACIÓN DE LA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA (DAS)

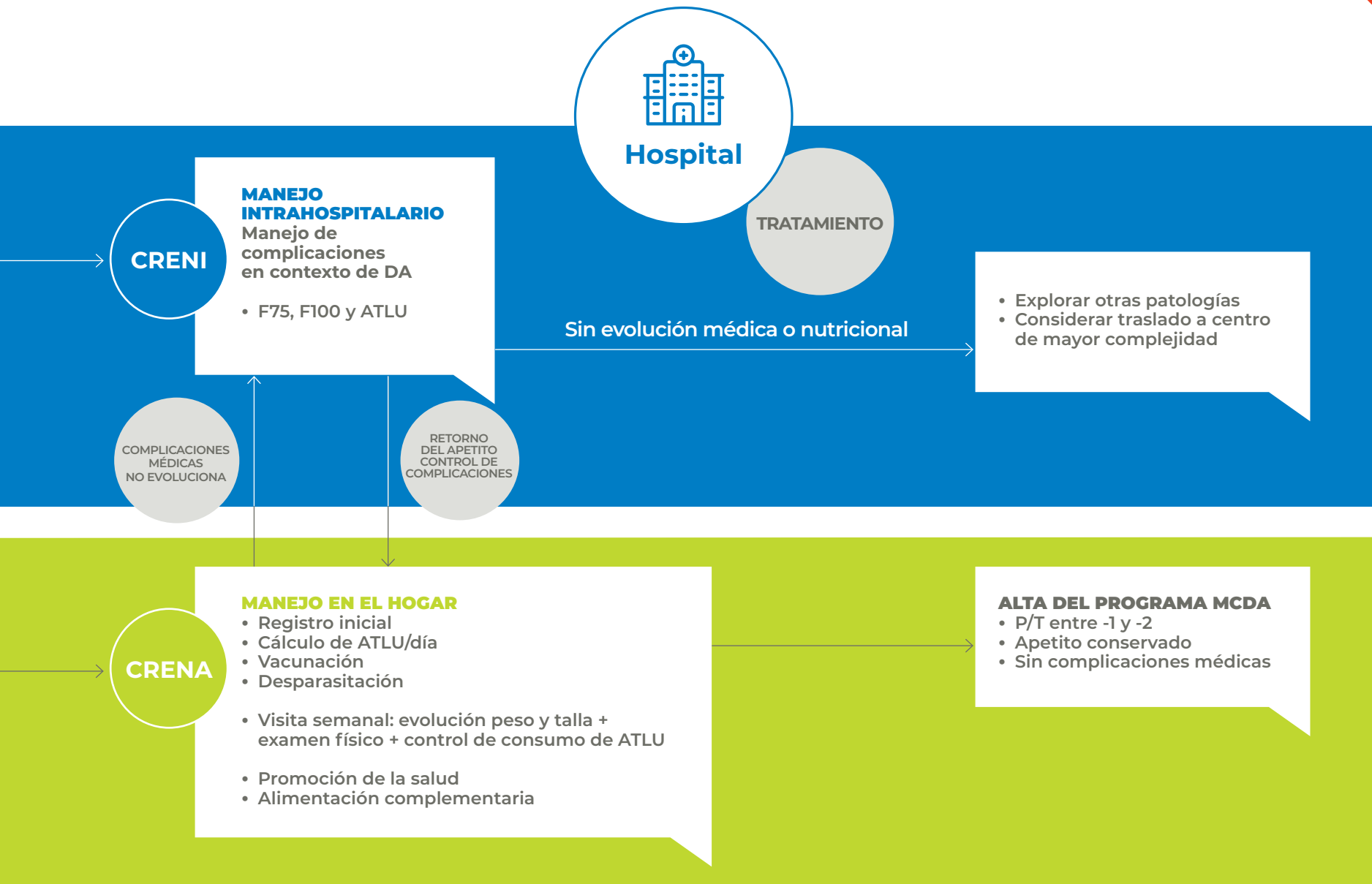
Ración* de ATLU para el manejo ambulatorio (paquete que contiene 92 g/500 kcal).

PESO DEL NIÑO (KG)	PAQUETES POR DÍA	PAQUETES POR SEMANA
4 - 4,9	1 ½	11
5 - 5,9	2	14
6 - 7,4	2 ½	18
7,5 - 8,9	3	21
9 - 9,9	3 ½	25
10 - 11,4	4	28
11,5 - 12,4	4 ½	32
≥ 12.5	5	35

*Basada en una ración de rehabilitación nutricional promedio de 175 kcal/kg/día

9. Criterios para la toma de decisiones





10. Resumen de criterios de ingreso y egreso al programa de Manejo Comunitario de Desnutrición Aguda (MCDA)

6 - 59 MESES	DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA (DAM) Uno solo de estos parámetros ya confirma el diagnóstico.		DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA (DAS) Uno solo de estos parámetros ya confirma el diagnóstico.		
	PERÍMETRO BRAQUIAL	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PERÍMETRO BRAQUIAL	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	EDEMA NUTRICIONAL
	115-125 mm	Puntaje Z $P/T \geq -3$ y < -2 DE	<115 mm	Puntaje Z $P/T < -3$	Grado 1, 2, 3



ADMISIÓN A CRENA

Desnutrición aguda
moderada

o

Desnutrición
aguda severa
sin edema o con
edema grado 1 (+)
o grado 2 (++)

y

Prueba del apetito
positiva



ADMISIÓN A CRENI

Edema nutricional
grado 3 (+++)

o

Edemas nuevos en CRENA

o

Complicaciones médicas

o

Fallo en la prueba
del apetito

o

Aumento de peso
< 5 g/kg/día después de 3-4
semanas en CRENA



ALTA DE CRENI

Apetito conservado (come
correctamente ATLU)

y

En transición / Fase 2

y

Curva de peso ascendente en 2
medidas separadas

y

Ausencia de edema

y

Sin necesidad de tratamiento
ATB endovenoso
CRENA disponible



ALTA DEL PROGRAMA NUTRICIONAL

Mínimo 3 semanas en el
programa

y

Circunferencia braquial y Puntaje Z
sin criterios de desnutrición
aguda moderada o severa
(en 2 visitas consecutivas con
separación de una semana)

y

Ausencia de edema
(en 2 visitas consecutivas con
separación de una semana)

y

Vacunación completa

11. Lactancia materna

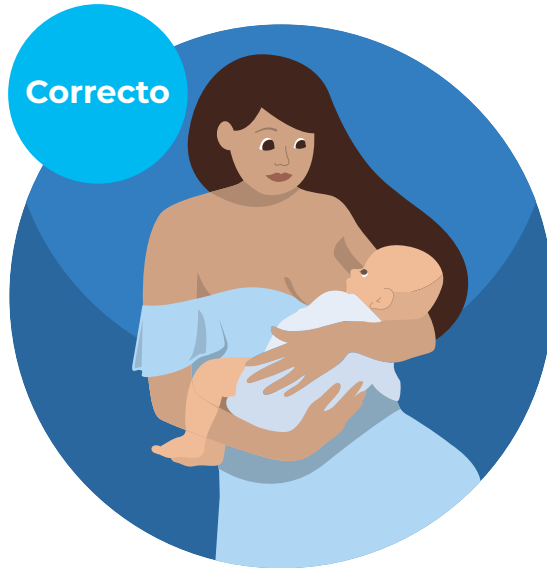
RECOMENDACIONES

La leche materna es una fuente importante de energía y nutrientes para niños de 0 a 2 años o más. Es lo único que necesita el bebé hasta los 6 meses de vida y no es necesaria la administración de agua, ningún tipo de té u otra bebida. Aporta más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses. La leche materna también es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, protege de las infecciones y reduce la mortalidad. Las madres y las familias necesitan apoyo para que sus hijos reciban una lactancia materna óptima.



La importancia de la lactancia materna radica en dos aspectos fundamentales:

1. En primer lugar, está compuesta por un balance energético y de nutrientes adecuado para las necesidades del niño. A su vez, la correcta técnica y la frecuencia se adecúan a las necesidades del lactante y estimulan su sistema inmunológico protegiéndolo de diferentes enfermedades.
2. En segundo lugar, la técnica de lactancia correcta evita complicaciones médicas tanto en la madre como en el niño.



Buen sostén del bebé durante la lactancia



Sostén incorrecto del bebé durante la lactancia

La técnica correcta en lactancia promueve no solo la nutrición del niño, sino también el vínculo madre-hijo y evita complicaciones médicas. Esta técnica incluye alinear cabeza y cuerpo del bebé contra el cuerpo de la madre, el correcto sellado de la mama y la boca del niño, y el contacto visual entre ambos.

12. Alimentación complementaria

RECOMENDACIONES

Alrededor de los 6 meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria una alimentación complementaria. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los 6 meses, o si se administran de forma inadecuada, el crecimiento y el desarrollo del niño puede verse afectado. Los principios rectores de una alimentación complementaria adecuada son:

- Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los 2 años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño. Darles de comer a los lactantes y ayudar a los niños mayores; debe hacerse lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto y sostener el contacto visual.
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los 6 meses con pequeñas cantidades y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo, teniendo en cuenta su demanda y saciedad.
- Aumentar gradualmente la consistencia y la variedad. Los lactantes pueden comer alimentos en forma de puré, triturados y semisólidos a partir de los 6 meses; luego de los 8 meses, se les puede dar a la mayoría de los niños alimentos para comer con la mano; y a partir de los 12 meses, pueden comer en general lo mismo que el resto de la familia, teniendo en cuenta aquellos alimentos que se deben evitar.
- Aumentar el número de comidas: una a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con una o dos colaciones adicionales si fuera necesario.
- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes, evitar aquellos con alta concentración de azúcar y sal. Los niños pequeños deben recibir variedad (verduras, frutas, carne, pescado, huevos) a diario o con la mayor frecuencia posible.

QUÉ ALIMENTOS EVITAR

A los 12 meses, la mayoría de los niños pueden comer lo mismo que el resto de la familia, pero teniendo en cuenta cuáles alimentos conviene evitar. Es fundamental excluir aquellos que puedan provocar asfixia (sólidos pequeños y esféricos, como lentejas, arvejas, caramelos, choco y frutas secas como nueces, almendras, maní, etc.).

Además, para cuidar su salud, se deben evitar los alimentos que se describen a continuación:

- **Sal y azúcar.**
- **Fiambres, hamburguesas, salchichas y otros embutidos:** todos tienen un alto contenido de grasas, sal y conservantes que pueden causar daño a la salud.
- **Salsas muy elaboradas, caldo preparado con cubitos y sopas deshidratadas** (de sobre).
- **Comidas muy condimentadas y picantes.**
- **Tés de yuyos y hierbas.**
- **Miel** (hasta haber cumplido el año de vida): porque puede contener toxina botulínica.
- **Gaseosas, jugos artificiales, aguas saborizadas, bebidas azucaradas o edulcoradas derivadas de frutos secos** (almendras o castañas de cajú) **o de soja.** Los colorantes (por ejemplo, la tartrazina) pueden ser altamente estimulantes o causar alergia. Además, las bebidas azucaradas aumentan el riesgo de sobrepeso, obesidad y caries.
- **Productos salados de copetín** (papas fritas, palitos de maíz, palitos salados, bocaditos y galletitas de queso): porque contienen mucha grasa y sal.
- **Alimentos fritos:** si bien no son necesarios en la alimentación, se pueden consumir una vez por semana.
- **Gelatinas** (compuestas por agua, azúcar, colorante y saborizante artificiales), por su escaso aporte nutricional.
- **Edulcorantes.**

13. Recomendaciones sobre el lavado de manos



Mojarse las manos con agua.



Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir la superficie de las manos.



Frotar las palmas de las manos entre sí.



Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.



Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.



Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.



Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.



Enjuagarse las
manos con agua.



Secarlas con una
toalla de un solo
uso.



Usar la toalla
descartable para
cerrar el grifo.



Ahora sí sus manos
ya son seguras.

Anexos

Anexos

ANEXO 1. Modelo de Historia Clínica del paciente con manejo ambulatorio (CRENA)

Parte 1. Registrar datos de identificación del paciente y sobre su ingreso (ver Anexo 2: categorías de admisión).

REGISTRO DE PACIENTES EN EL PROGRAMA DEL MCDA	DATOS DEL PACIENTE		ADMISIÓN			FECHA DE REFERENCIA	
	Nombre del centro		Fecha			Lugar de referencia	
Nombre del paciente		Hora			CRENI / hospital		
CRENA	Nombre de la madre, padre o cuidador		Tipo de admisión	Nueva admisión		CRENA	
	Fecha de nacimiento			Readmisión		Centro / posta de salud	
	Sexo (M/F, otro)			Recaída		Agente sanitario	
NRO. DE PACIENTE	Edad (años y meses)		Criterios de admisión	P/T		Espontáneo	
	Dirección			Perímetro braquial		Otros	
	Pueblo / comunidad			Edema nutricional			

Parte 2. Revisar antecedentes de inmunizaciones para tener en claro faltantes. Registrar medicación al ingreso para asegurar su entrega. Los datos de egreso solo se registran a la salida del programa completo (ver Anexo 2: categorías de egreso).

INMUNIZACIONES		¿TIENE CARNET?	SÍ	NO	MEDICACIÓN AL INGRESO	EGRESO DEL PROGRAMA
1	2	3	4	5		
					Albendazol / Mebendazol	Fecha:
BCG						Curado
Hepatitis B						Muerte
Pneumococo						Causa:
DPT-HBV-Hib					Antibióticos:	Abandono
Polio						Causa:
Rotavirus						No respondedor
Meningococo						Transferido a:
Gripe					Otros:	Otro:
Hepatitis A						
SRP						
Varicela						

Parte 3. Los movimientos internos no son transferencias, el paciente puede ir y volver a CRENI y utilizar la misma ficha, registrando dichas fechas en este apartado y siempre retomando desde el número de semana correspondiente.

MOVIMIENTOS INTERNOS DENTRO DEL PROGRAMA MCDA			
FECHA	DESDE	HACIA	OBSERVACIONES

Parte 4. Los datos antropométricos deben ser comparados semana a semana. El gráfico de la curva de peso es una herramienta visual para constatar la evolución.

Semanas	Ingreso	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
FECHA SEGUIMIENTO														
Peso objetivo														
Peso														
Dif. peso (g/día)														
Talla														
Peso / talla (puntaje z)														
Perímetro braquial														
Edema (+, ++, +++)														
ATLU / DÍA														
Referencia (kg):	CADA FILA SIMPLE = 100 G; CADA FILA EN NEGRITA = 500 G/0,5 KG													
Referencia (kg):														
Referencia (kg):														
Referencia (kg):														
Referencia (kg):														
Referencia (kg):														
Referencia (kg):														
Referencia (kg):														

Parte 5. El seguimiento clínico debe ser evaluado en cada visita y registrado para poder comparar y ver la evolución. Registrando estos signos y síntomas se asegura no pasar por alto posibles complicaciones.

SEGUIMIENTO CLÍNICO DE PACIENTE AMBULATORIO														
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Fecha seguimiento														
Alerta (Sí / No)														
Apetito (Sí / No)														
Temperatura														
Frecuencia respiratoria														
Frecuencia cardíaca														
Tos (Sí / No)														
Diarrea (Sí / No)														
Diarrea (cantidad / día)														
Vómitos (Sí / No)														
Vómitos (cantidad / día)														
Deshidratación (0, +, ++, +++)														
Palidez (Sí / No)														
Otros														

Parte 6. Registro de tratamiento médico en manejo ambulatorio, pero no debe reemplazar la derivación en CRENI ante posibles complicaciones.

TRATAMIENTO MÉDICO														
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Droga/ dosis:														
Droga/ dosis:														
Droga/ dosis:														
Droga/ dosis:														
Droga/ dosis:														

Parte 7. Este apartado de observaciones es opcional para detallar algún comentario de la visita que apoye el tratamiento. Por ejemplo, si el paciente se ausentó en alguna consulta, si la persona responsable del niño tiene o no buenas pautas de alarma, si el paciente está recibiendo el bolsón alimentario y agua segura, etc.

OBSERVACIONES	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	

ANEXO 2. Categorías de admisión y egreso

CATEGORÍAS DE ADMISIÓN

- **Nueva admisión:** un paciente admitido que nunca había estado en el programa o que fue dado de alta hace más de dos meses.
- **Readmisión:** un niño que *abandonó* el programa y que vuelve a ser admitido dentro de los dos meses siguientes.
- **Recaída:** un paciente que fue *dado de alta* del programa como “*curado*” y nuevamente es elegible para el programa dentro del período de los dos meses posteriores al alta. Un gran número de recaídas en las admisiones suele ser un signo de inseguridad alimentaria y/o deterioro grave en la situación de la población objetivo.

CATEGORÍAS DE EGRESO

- **Recuperados (o curados):** niños que han alcanzado los criterios de alta dentro del período de informe.
 - Para CRENI, el paciente es considerado recuperado.
 - Para CRENA, el paciente es considerado curado.
- **Abandonos:** abandono del programa antes de alcanzar los criterios de alta, cuando el niño estuvo ausente durante 3 sesiones consecutivas. Antes de que el caso sea declarado “abandono” se lo considera como “ausencia”.
 - En CRENI, al **tercer día** de ausencia.
 - En CRENA, se contabiliza como abandono cuando se arriba a la **tercera ausencia consecutiva semanal** al programa.

Es importante que los ausentes sean rastreados y contactados para evitar el abandono. Se debe generar sistemáticamente una lista de ausentes para los trabajadores comunitarios, así pueden identificar la causa de la ausencia y facilitar el regreso. Es muy importante evaluar por qué los pacientes abandonan el programa y por qué regresan, para poder actuar sobre sus causas.

- **Muertes:** el niño murió estando en el programa.
 - Para el CRENI, se contabiliza como muerte para el programa si el paciente muere durante o luego de los **3 días** de abandonar el CRENI.
 - Para el CRENA, se considera una muerte del programa cuando sucede en el CRENA o en el hogar dentro de un período de **3 semanas** de no asistencia. Si el niño murió durante el período definido anteriormente, debe registrarse como una muerte y no como un abandono.
- **Transferencias:** cuando se transfiere al niño a una estructura de salud fuera del programa (hospital, centro de salud, etc.) independientemente del nivel de complejidad de la estructura de salud a la que se lo refiere.

Los movimientos internos dentro del programa (es decir, de CRENI a CRENA o viceversa; o de un CRENA a otro CRENA) NO se consideran transferencias.

- **No respondedores:** niños cuyo estado nutricional no mejora (no alcanzan los criterios de salida), aunque conserven el apetito, no se encontró una condición médica subyacente presente y no se han podido detectar otras razones para la falta de mejora durante la estancia máxima en el programa, que es de **3 meses**.

Desnutri- ción Aguda

