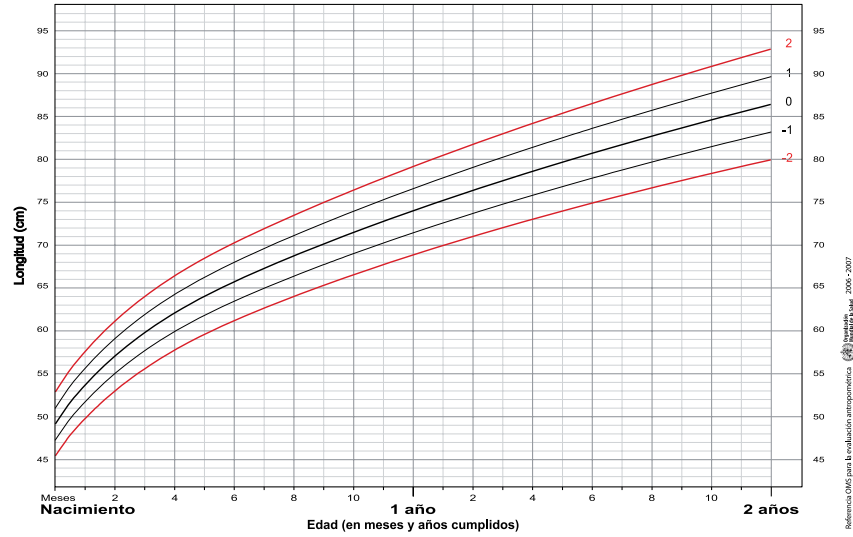


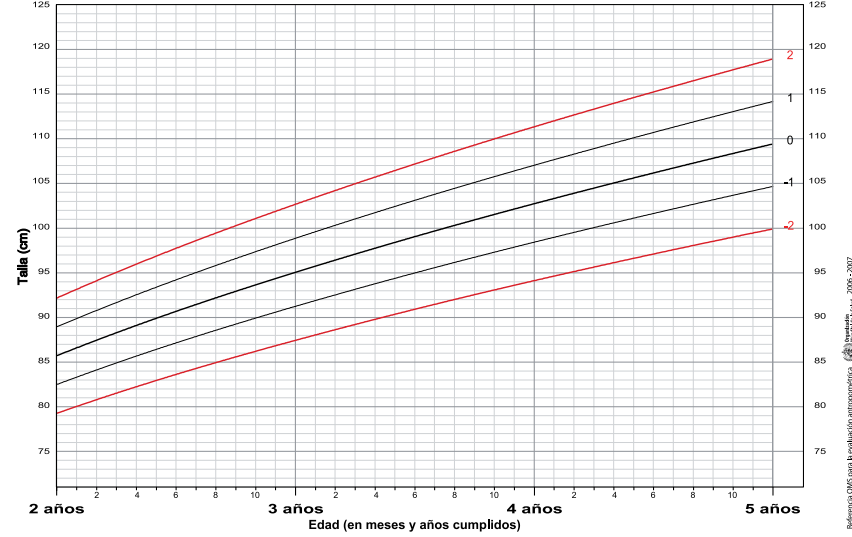
# TABLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

## Talla para la edad Niñas de cero a dos años



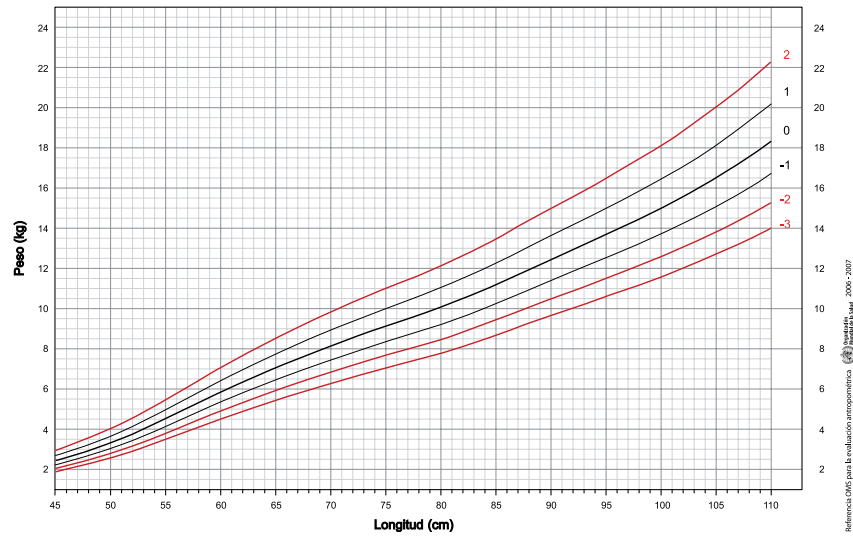
Niñas de cero a dos años

## Talla para la edad Niñas de dos a cinco años



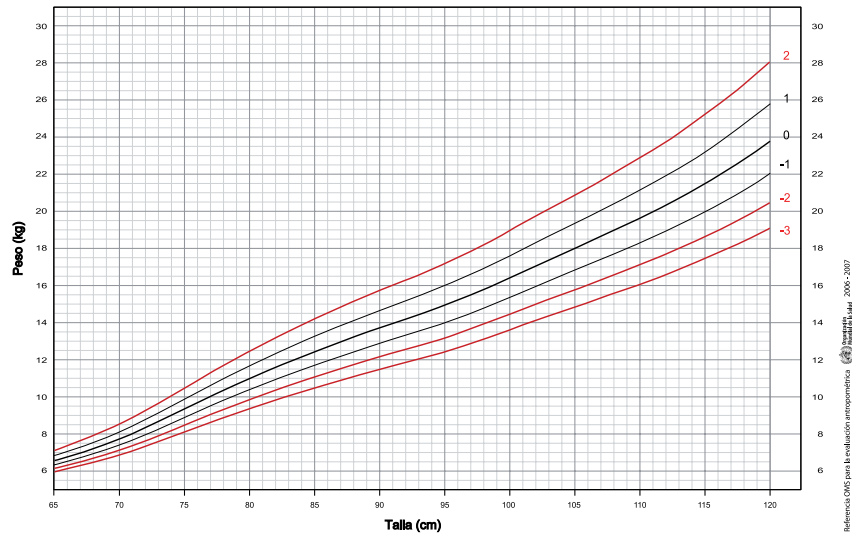
Niñas de dos a cinco años

## Peso para la talla Niñas de cero a dos años



Niñas de cero a dos años

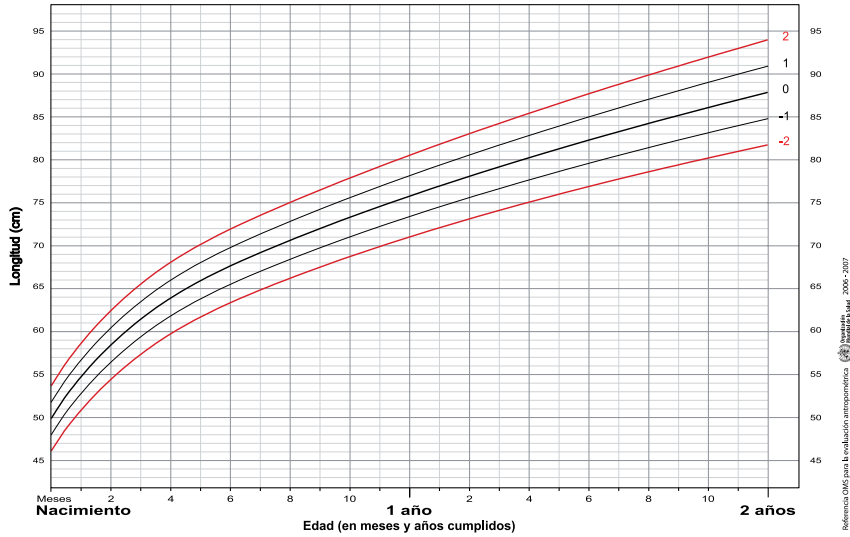
## Peso para la talla Niñas de dos a cinco años



Niñas de dos a cinco años

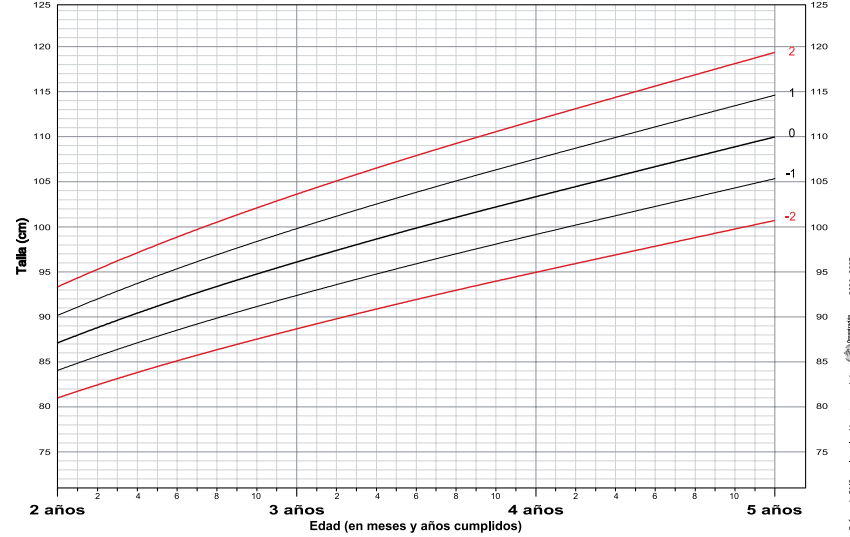
# TABLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

## Talla para la edad Niños de cero a dos años



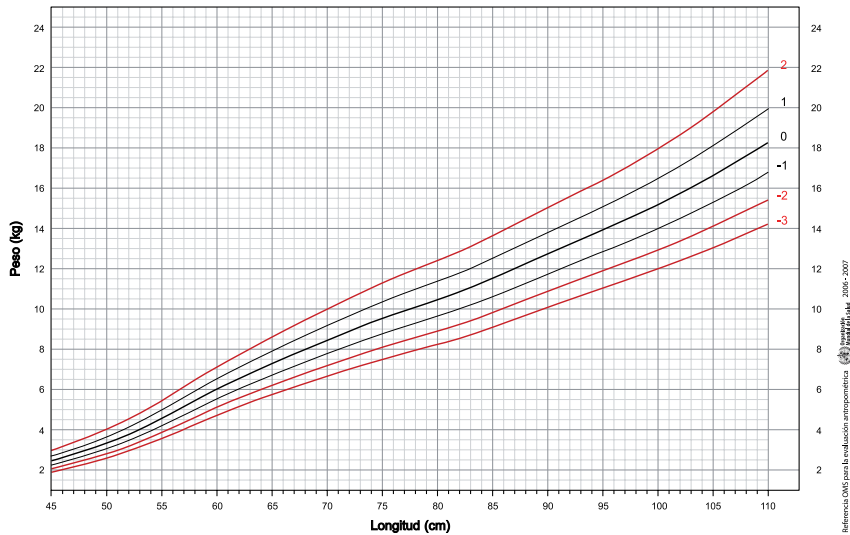
Niños de cero a dos años

## Talla para la edad Niños de dos a cinco años



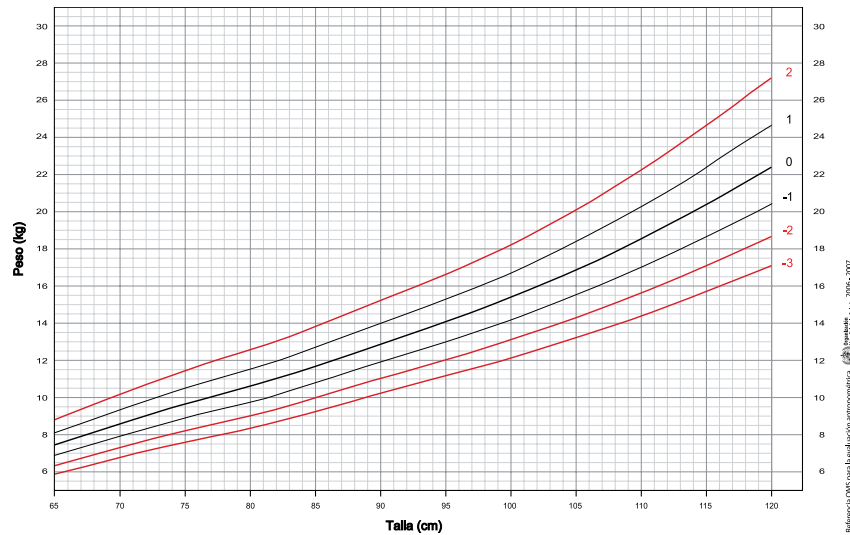
Niños de dos a cinco años

## Peso para la talla Niños de cero a dos años



Niños de cero a dos años

## Peso para la talla Niños de dos a cinco años



Niños de dos a cinco años

# 1. Evaluación del estado de salud del niño

PROBLEMA	SIGNOS DE PELIGRO	CLASIFICAR	¿QUÉ HACER?
BUSQUE SIGNOS DE PELIGRO DE MUERTE	Puede el niño beber o tomar el pecho SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Vomita todo lo que ingiere SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> El niño ha tenido convulsiones SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Está letárgico o inconsciente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SIGNOS DE PELIGRO DE MUERTE	* Remita inmediatamente a la institución de salud * Ayudar a resolver dificultades
¿EL NIÑO TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? <input type="checkbox"/>  RESPIRACIÓN RÁPIDA Edad Por minuto Dos a 11 meses 50 o más Uno a cuatro años 40 o más	Respiración rápida: dificultad para respirar o falta de aire SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ruidos en el pecho SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Hundimiento de la piel entre las costillas al respirar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tos por más de 30 días SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NEUMONÍA	* Remita inmediatamente a la institución de salud * Se debe continuar amamantándolo
	Gripa o tos sin los signos anteriores SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	GRIPA Y TOS	* Dar bebidas endulzadas * Aumentar líquidos * Destapar la nariz * Enseñar signos de gravedad * Enseñar signos de peligro * Enseñar a prevenir * Hacer atención de seguimiento
¿EL NIÑO TIENE DIARREA? <input type="checkbox"/>	Con dos los siguientes signos: Ojos hundidos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fontanela o mollera hundida SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Boca seca o mucha sed SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Al pellizcar la piel en la zona abdominal, demora en recuperar su posición normal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DIARREA CON DESHIDRATACIÓN	* Remita inmediatamente a la institución de salud * Iniciar hidratación con suero oral * Se debe continuar amamantándolo o alimentándolo
	Diarrea con uno de los signos anteriores SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN	* Aumentar líquidos y continuar alimentándolo * Enseñar signos de gravedad * Enseñar signos de peligro * Enseñar a prevenir * Hacer la atención de seguimiento
	Diarrea por 14 días o más SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sangre en heces SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DIARREA PERSISTENTE DIARREA CON SANGRE	* Remita inmediatamente a la institución de salud * Hacer el seguimiento dos días después
¿EL NIÑO TIENE FIEBRE? <input type="checkbox"/>	Fiebre de más de siete días seguidos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Manifestación de sangrado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Vive o visito zona de paludismo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Brote generalizado y tos u ojos rojos o coriza SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE	* Remita inmediatamente a la institución de salud * Una dosis de acetaminofén * Continuar amamantándolo o dar agua azucarada
	Fiebre sin los signos anteriores SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FIEBRE	* Una dosis de acetaminofén * Enseñar signos de gravedad * Enseñar signos de peligro * Enseñar a prevenir * Atención de seguimiento
¿EL NIÑO TIENE DOLOR DE OIDO? <input type="checkbox"/>	Dolor de oído SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Supuración de oído SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Masa dolorosa detrás de la oreja SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	INFECCIÓN DE OIDO	* Remita inmediatamente a la institución de salud * Una dosis de acetaminofén * Enseñe el uso de la mecha de oído
	Dolor de oído sin los signos anteriores SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NO HAY INFECCIÓN DE OIDO	* Enseñe signos de gravedad * Enseñe signos de peligro * Enseñe a prevenir * Hacer la atención de seguimiento
BUSQUE SIGNOS DE DESNUTRICIÓN Y/O ANEMIA <input type="checkbox"/>	Pérdida grave de peso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies y de la barriga SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Palidez generalizada. Sobre todo en las palmas de las manos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESNUTRICIÓN GRAVE ANEMIA	* Remita inmediatamente a la institución de salud * Hacer la atención de seguimiento
	Peso por debajo de la curva de la tabla de peso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Peso igual o menor a la toma anterior SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESNUTRICIÓN	* Enseñe signos de gravedad * Enseñe signos de peligro * Enseñe medidas preventivas * Atención de seguimiento * Consejería de alimentación * Control de peso
	Peso entre la primera y la segunda curva de la tabla de peso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Peso igual o menor a la toma anterior SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PESO ADECUADO PARA LA EDAD	* Enseñe signos de gravedad * Enseñe signos de peligro * Enseñe medidas preventivas * Atención de seguimiento * Consejería de alimentación * Control de peso
¿EL NIÑO SE ENFERMA CON FRECUENCIA? <input type="checkbox"/>	Tos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Otras enfermedades <input type="checkbox"/>	OTRAS ENFERMEDADES	* Enseñe signos de gravedad * Enseñe signos de peligro * Enseñe medidas preventivas * Hacer de seguimiento de la zona * Consejería de alimentación * Control de peso
LA NIÑA O EL NIÑO NO PRESENTA NINGUNA ENFERMEDAD		NO HAY ENFERMEDADES	* Enseñe signos de gravedad * Enseñe signos de peligro * Enseñe medidas preventivas * Hacer de seguimiento de la zona * Realice actividades con la comunidad * Control de peso

## 2. Evaluación de las medidas de protección de la salud del niño

PROBLEMA	SIGNOS DE ATENCIÓN	CLASIFICAR	¿QUÉ HACER?																		
EVALÚE LA ALIMENTACIÓN	¿Le da pecho al niño? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuántas veces al día? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO También ¿durante la noche? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Qué dificultades ha tenido con la lactancia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Ofrece algún otro alimento al niño? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si lo hace ¿en qué cantidad o frecuencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>Observe posiciones y técnicas de amamantamiento</b>	PROBLEMAS CON LA LACTANCIA: NO HAY LACTANCIA POCA FRECUENCIA LACTANCIA NO EXCLUSIVA POSICIÓN INADECUADA AGARRE INADECUADO	* Hacer consejería en lactancia * Coordinar acciones con programas del ICBF * Hacer seguimiento																		
	¿El niño recibe leche materna? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Qué alimentos tomó el niño el día de ayer desde que se despertó hasta que se acostó? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>Alimento o preparación</th> <th>Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Hora	Alimento o preparación	Cantidad																PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN: CALIDAD VARIEDAD CONSISTENCIA FRECUENCIA CANTIDAD AUMENTACIÓN ACTIVA	* Hacer consejería en alimentación * Coordinar acciones con programas del ICBF * Hacer seguimiento
	Hora	Alimento o preparación	Cantidad																		
¿El niño recibe su propia porción? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Quién le da de comer al niño? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuando el niño se enferma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿hay cambios en su alimentación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si lo hace ¿cuáles son? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																					
REVISE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN	<b>Recién nacido</b> BCG <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> <b>Dos meses</b> Pentavalente 1 <input type="checkbox"/> Polio - 1 <input type="checkbox"/> <b>Cuatro meses</b> Pentavalente 2 <input type="checkbox"/> Polio - 2 <input type="checkbox"/> <b>Seis meses</b> Pentavalente 3 <input type="checkbox"/> Polio - 3 <input type="checkbox"/> <b>12 meses</b> Fiebre Amarilla <input type="checkbox"/> Triple viral <input type="checkbox"/> <b>18 meses</b> DPT -R1 <input type="checkbox"/> Polio - R1 <input type="checkbox"/> <b>Cinco años</b> DPT -R2 <input type="checkbox"/> Polio -R2 <input type="checkbox"/> Triple viral -R1 <input type="checkbox"/>	ESQUEMA INCOMPLETO	* Hacer consejería en vacunación * Hacer referencia a la IPS * Hacer seguimiento																		
EVALÚE EL DESARROLLO	* A los tres meses no levanta la cabeza <input type="checkbox"/> * A los seis meses no se sienta con apoyo <input type="checkbox"/> * A los nueve meses no se sienta por sí solo <input type="checkbox"/> * A los 12 meses no camina con apoyo <input type="checkbox"/> * A los 16 meses no camina solo <input type="checkbox"/> * A los 20 meses no corre rápido <input type="checkbox"/> * A los 24 meses no patea la pelota <input type="checkbox"/> * A los 30 meses no se empuja en ambos pies <input type="checkbox"/> * A los 36 meses no sube y baja las escaleras solo <input type="checkbox"/> * A los 48 meses no lanza y atrapa la pelota <input type="checkbox"/> * A los 60 meses: no se para y salta en un pie <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS EN EL DESARROLLO DEL NIÑO	* Hacer consejería en desarrollo * Hacer referencia para evaluación completa del desarrollo * Coordinar acciones con programas de estimulación al desarrollo * Hacer seguimiento al niño																		
EVALÚE EL DESARROLLO	* No le sonrían <input type="checkbox"/> * No le hablan <input type="checkbox"/> * No le alzan o arrullan <input type="checkbox"/> * No lo acompañan <input type="checkbox"/> * No se preocupan por la higiene <input type="checkbox"/> * No se preocupan por la salud <input type="checkbox"/> * No tiene juguetes <input type="checkbox"/> * No le juegan o permiten que juegue <input type="checkbox"/> * Accidentes frecuentes <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS CON EL BUEN TRATO	* Hacer consejería en buen trato * Coordinar acciones con el ICBF, Alcaldía o con organizaciones de apoyo a la familia * Hacer seguimiento al niño																		
NO HAY PROBLEMAS EN LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN		PRESENCIA DE FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD	* Hacer consejería en medidas preventivas * Coordinar acciones comunitarias de promoción de la salud de los niños en la familia																		



### 3. Evaluación de la condiciones ambientales y de higiene

PROBLEMA	SIGNOS DE ATENCIÓN	CLASIFICAR	¿QUÉ HACER?
BUSQUE RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR	* Objetos pequeños al alcance de las niñas y los niños: botones, cuerdas, monedas <input type="checkbox"/>	RIESGO DE AHOGAMIENTO	* Enseñar medidas preventivas * Coordinar educación comunitaria en prevención de accidentes
	* Se permite el juego con bolsas plásticas <input type="checkbox"/>		
	* Se deja al bebé solo mientras come <input type="checkbox"/>		
	* Se permite el juego del menor cerca a piscinas, aljibes, lavaderos, entre otros <input type="checkbox"/>	RIESGO DE INTOXICACIÓN	
	* Productos químicos al alcance de los niños <input type="checkbox"/>		
	* Están almacenados los alimentos junto con los productos químicos <input type="checkbox"/>		
	* Hay estufas, hornillas y/o calentadores en habitaciones cerradas <input type="checkbox"/>		
	* Los niños se alimentan con comidas guardadas con tiempo <input type="checkbox"/>	RIESGO DE TRAUMA O HERIDA	
	* Existen balcones, escaleras y ventanas sin protección <input type="checkbox"/>		
	* Existen vidrios rotos al alcance de los niños <input type="checkbox"/>		
	* Los niños juegan solos <input type="checkbox"/>	RIESGO DE QUEMADURAS	
	* Objetos cortopunzantes como cuchillos, puntillas y serruchos, están al alcance de los niños <input type="checkbox"/>		
	* Se les sirve la comida muy caliente a los niños <input type="checkbox"/>		
* Los niños tienen acceso libre a la cocina <input type="checkbox"/>			
* Los enchufes no está protegidos <input type="checkbox"/>	RIESGO DE GRIPA Y TOS	* Enseñar medidas preventivas * Coordinar acciones con la comunidad y con los organismos de salud para la educación y prevención de riesgos ambientales que afecten la salud de los niños	
* Hay velas o veladoras prendidas dentro de casa <input type="checkbox"/>			
* Niños o personas adultas con ropa sucia <input type="checkbox"/>			
* Niños o personas adultas con manos y uñas sucias <input type="checkbox"/>			
* Basura y desorden en la vivienda <input type="checkbox"/>			
* Uso de los trapos sucios en la cocina <input type="checkbox"/>			
* Insectos o ratones en la vivienda o alrededores <input type="checkbox"/>			
* Animales domésticos dentro de la vivienda <input type="checkbox"/>			
* Polvo acumulado en la superficie de objetos <input type="checkbox"/>			
* Vivienda sin iluminación ni ventilación <input type="checkbox"/>			
* Estufa o bracer ubicado en la habitación <input type="checkbox"/>			
* Personas que fuman dentro de la vivienda <input type="checkbox"/>			
* Personas adultas con tos o gripa que cuidan o alimentan al niño <input type="checkbox"/>			
* Cambios bruscos de temperatura <input type="checkbox"/>			
* Se consume agua no potable <input type="checkbox"/>	AGUA POTABLE		
* Alimentos sin almacenar y no cubiertos <input type="checkbox"/>	MANEJO INADECUADO DE ALIMENTOS		
* Tabla de picar y utensilios de cocina sucios <input type="checkbox"/>	MANEJO INADECUADO DE BASURAS		
* Recipientes de basura destapados <input type="checkbox"/>	MANEJO INADECUADO DE HECEAS		
* No recolección de basuras <input type="checkbox"/>	RIESGO DE DENGUE Y MALARIA		
* Eliminación de excretas a campo abierto <input type="checkbox"/>			
* Letrina o pozo séptico mal ubicados y sin mantenimiento <input type="checkbox"/>	RIESGO DE DENGUE Y MALARIA		
* Charcos, zanjas y objetos donde se acumula agua <input type="checkbox"/>			
* No usan toldillo <input type="checkbox"/>	MANEJO INADECUADO DE LA SALUD BUCAL		
* Niños descalzos <input type="checkbox"/>			
* Niños juegan con tierra y no se lavan las manos <input type="checkbox"/>	MANEJO INADECUADO DE LA TUBERCULOSIS		
* Niños sin adecuado aseo bucal <input type="checkbox"/>			
* Desconocimiento de normas de aseo de encías en bebés <input type="checkbox"/>			
* Personas adultas con tos por más de 21 días sin observación médica <input type="checkbox"/>			
* Niños y personas adultas con tos en contacto permanente sin medidas de aseptia <input type="checkbox"/>			
AUSENCIA DE RIESGOS AMBIENTALES Y DE HIGIENE EN EL HOGAR		CONDICIONES AMBIENTALES Y DE HIGIENE ADECUADAS	* Hacer consejería en medidas preventivas * Coordinar acciones comunitarias de promoción de la salud de los niños en la familia
PREGUNTE POR LA SALUD DE LA MADRE O CUIDADOR A CARGO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS		PROBLEMAS DE SALUD DE LA MADRE	* Remita a la institución de salud * Haga seguimiento de la salud de la madre o cuidador
* La madre o cuidador presenta alguna enfermedad			

## 4. Evaluación del estado físico de la madre gestante y del niño de cero a dos meses

	PROBLEMA	SIGNOS DE PELIGRO	CLASIFICAR	¿QUÉ HACER?
GUÍA PARA LA EVALUACIÓN Y ATENCIÓN DE LA MADRE GESTANTE	BUSQUE SIGNOS DE PELIGRO EN LA MADRE GESTANTE	¿Ha tenido salidas de líquido o hemorragias vaginales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  ¿Ha tenido dolor en la boca del estómago? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  ¿Ha tenido hinchazón de manos, cara y pies? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  ¿Ha tenido dolor, endurecimiento o contracciones fuera del tiempo estipulado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  ¿No siente movimientos del bebé? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Signos de peligro de muerte	Remita inmediatamente a la institución de salud
	BUSQUE SIGNOS DE PELIGRO DURANTE EL PARTO	¿Hay hemorragia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  ¿Salida de pie, mano o cordón? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  ¿Hay presencia de fiebre? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Signos de peligro de muerte	Remita inmediatamente a la institución de salud
GUÍA PARA LA EVALUACIÓN Y ATENCIÓN DEL NIÑO MENOR DE DOS MESES	BUSQUE SIGNOS DE PELIGRO DURANTE EL PARTO	¿El bebé no respira? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Inicie reanimación	Remita inmediatamente a la institución de salud
	BUSQUE SIGNOS DE PELIGRO EN EL NIÑO DE CERO A DOS MESES	¿Tiene bajo peso? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  ¿Tiene la piel color amarillo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  ¿No puede mamar o tomar nada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  ¿Vomita todo lo que toma? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  ¿Respira con dificultad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  ¿Le supura el ombligo o tiene granos con pus? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  ¿Ha tenido fiebre o temperatura muy baja? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  ¿Tiene diarrea o diarrea con sangre? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Signos de peligro de muerte	Remita inmediatamente a la institución de salud