

Guía de Bolsillo

para Gestores(as) de Casos de Discapacidades del Síndrome Congénito asociado a Zika y otras





Este documento fue elaborado gracias al apoyo generoso del pueblo de los Estados Unidos de América, a través del Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El Proyecto ASSIST de USAID es gestionado por University Research Co., LLC (URC).

AVISO

Las opiniones expresadas en el presente documento no necesariamente reflejan la opinión del Gobierno de los Estados Unidos de América, ni de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)





PROYECTO ASSIST DE **USAID**
*Aplicando la Ciencia para Fortalecer
y Mejorar los Sistemas de Salud*

Guía de Bolsillo

para Gestores(as) de Casos de Discapacidades del Síndrome Congénito asociado a Zika y otras





AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de esta Guía de Bolsillo para Gestores(as) de Casos de Discapacidades del Síndrome Congénito asociado a Zika y otras fue conducido por Iván de León Rivadeneira. Participaron en la revisión Elena Hurtado, Mélida Chaguaceda, Roberto Aldana, facilitadores de campo y consultores en apoyo psicosocial del proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud en el contexto del Zika (ASSIST-Zika) en Guatemala.





CONTENIDO

Agradecimientos.....	i
Siglas utilizadas.....	ii
Introducción.....	1
I. El Zika y el Síndrome Congénito asociado a Zika	3
¿Qué es el Zika?.....	3
¿Cómo se transmite el Zika?.....	3
¿Cuáles son las principales medidas de prevención del Zika?.....	5
¿Cómo se pueden transmitir estos mensajes?	6
¿Qué es el Síndrome Congénito asociado a Zika?	8
¿Cuáles son las definiciones de caso de SCaZ?.....	8
¿Qué anomalías forman parte del patrón de SCaZ?.....	9
¿Qué evaluaciones necesita un niño con SCaZ?.....	11
II. Gestor(a) de Caso	13
¿Quién es un(a) gestor(a) de caso?	13
¿En qué niveles de atención hay gestores de caso?.....	13
¿Qué conocimientos y destrezas (habilidades) debe de tener un Gestor de Caso?.....	14
¿Cuáles son las actividades de un(a) gestor(a) de caso?	15
III. Ruta para la atención y apoyo psicosocial	16
¿Cuáles son el propósito y objetivos de la Ruta?	16
¿Qué es búsqueda activa de casos?	17
¿Se puede hacer la búsqueda activa y seguimiento de casos por nivel?	18
¿Qué es la referencia y respuesta de casos?	18



IV. El perímetro cefálico	22
¿Qué es la microcefalia?.....	22
¿Cómo hacer la medición del perímetro cefálico?.....	22
¿Cómo interpretar la medición del perímetro cefálico?.....	23
V. Comunicación y apoyo psicosocial a las familias con un niño(a) afectado por el Zika	25
¿Cuáles son los pilares de la Atención Psicosocial Básico (APB)?	25
¿Cuáles son las acciones de Apoyo Psicosocial Básico?	26
¿Cuál es el rol del gestor en el Apoyo Psicosocial Básico?.....	27
¿Qué destrezas básicas de comunicación debe tener el(la) gestor(a) de caso?	28
¿Cuáles son las posibles reacciones emocionales asociadas a complicaciones a la salud?.....	29
VI. Desarrollo infantil y estimulación temprana	31
¿Cuáles son las áreas de desarrollo infantil?.....	32
¿Cuáles son los signos de alerta o alarma para el desarrollo infantil?	33
¿Cuáles son los factores de riesgo?.....	34
¿Cuáles son las alteraciones fenotípicas o de la apariencia externa?	34
¿Cómo se clasifica el desarrollo de niños y niñas de 0 a 24 meses?	37
¿Cómo dar seguimiento a la clasificación del desarrollo de niños y niñas de 0 a 24 meses?	45
Instituciones de apoyo para la gestión de casos	53



SIGLAS UTILIZADAS

ASSIST	Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (por sus siglas en inglés)
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés)
COCODES	Consejos Comunitarios de Desarrollo
CODEDES	Consejos Departamentales de Desarrollo
COMUDE	Consejo Municipal de Desarrollo
EPS	Ejercicio Profesional Supervisado
FUNDABIEM	Fundación Pro-Bienestar del Minusválido
GC1	Gestor de Caso del Primer Nivel de Atención
GC2	Gestor de Caso del Segundo Nivel de Atención
GC3	Gestor de Caso del Tercer Nivel de Atención
MAGA	Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PC	Perímetro Cefálico
SCaZ	Síndrome Congénito asociado a Zika
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (por sus siglas en inglés)







INTRODUCCIÓN

Desde el año 2016, el proyecto ASSIST-Zika en Guatemala apoyó al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a dar respuesta a la epidemia provocada por el Zika y contribuir a la mejora de los servicios de Salud Materno-Infantil involucrados, como son los de atención prenatal, atención al recién nacido, atención integral a los casos de Síndrome Congénito asociado a Zika (SCaZ) y a la mujer en edad reproductiva no embarazada.

A través de la metodología de mejora continua de la calidad (MC) y del aprendizaje colaborativo se coordinaron esfuerzos en la prevención y control de la infección por el virus de Zika y sus consecuencias en Guatemala y otros países afectados en la región de Latinoamérica y El Caribe.

Como parte de la estrategia de abordaje integral y completo de los casos de SCaZ se llevó a cabo la selección y formación de “gestores de caso”. Estos fueron seleccionados entre el personal de salud existente en los servicios de salud de los tres niveles de atención del MSPAS (hospitales, centros de salud y puestos de salud): médicos, enfermeros(as), psicólogos(as), trabajadores(as) sociales, educadores(as) y otros y de las comunidades.

El gestor no desatiende sus funciones habituales, pero se fortalece mediante capacitaciones en la infección de Zika, la búsqueda activa de casos de niñas y niños afectados por el SCaZ y el seguimiento de los casos, sus madres, padres, otros familiares y cuidadores.

El gestor conoce la ruta de atención de estos casos y coordina los recursos humanos y materiales disponibles y necesarios para ayudar a los pacientes y sus familias a obtener atención integral y completa. El gestor está capacitado para orientar a las familias afectadas en el acceso a la atención clínica, así como el cuidado y apoyo en aspectos psicosociales y del neurodesarrollo.



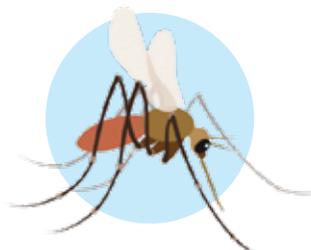
A través de los gestores de caso se optimiza el recurso humano disponible. Por otra parte, disminuye la angustia de las familias, los tiempos de atención, se hacen los traslados necesarios y oportunos y el paciente recibe una atención integral de manera efectiva.

La estrategia tiene muchos beneficios para las familias afectadas y ha resultado efectiva en los servicios que apoya el proyecto ASSIST-Zika. Por lo tanto, se institucionalizará en estos servicios para responder a casos de discapacidad por el SCaZ y otros casos.

Esta Guía de Bolsillo pretende ser una ayuda al trabajo de los gestores de caso, funcionando a manera de recordatorio y consulta de los temas en que se han capacitado. Su contenido incluye los aspectos esenciales del trabajo del gestor(a) de caso para el beneficio de las niñas y niños afectados por el SCaZ y otras discapacidades y sus familias.



I. EL ZIKA Y EL SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO A ZIKA



¿Qué es el Zika?

- El Zika es un virus del género *Flavivirus*, de la familia *Flaviviridae*, que se transmite, principalmente, por la picadura de mosquitos del género *Aedes aegypti*. Estos mosquitos pican de día y son los mismos que pasan los virus del dengue y Chikungunya.
- El virus fue aislado por primera vez en 1947, en un macaco Rhesus proveniente del bosque de Zika cerca de Entebbe en Uganda.
- En 2014 el virus se propagó a través del Océano Pacífico hacia la Polinesia Francesa, y después hacia la Isla de Pascua (Chile) para llegar en 2015 y 2016 a América Central, El Caribe y América del Sur.
- El primer caso de Zika documentado en Guatemala se registró en la semana epidemiológica No. 46 (comprendida del 15 al 21 de noviembre) del año 2015 en un paciente masculino de 26 años, originario y residente del departamento de Zacapa, con prueba RT-PCR (reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real, por sus siglas en inglés) del virus Zika positiva, diagnóstico realizado en el Laboratorio Nacional de Salud y confirmado por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos.

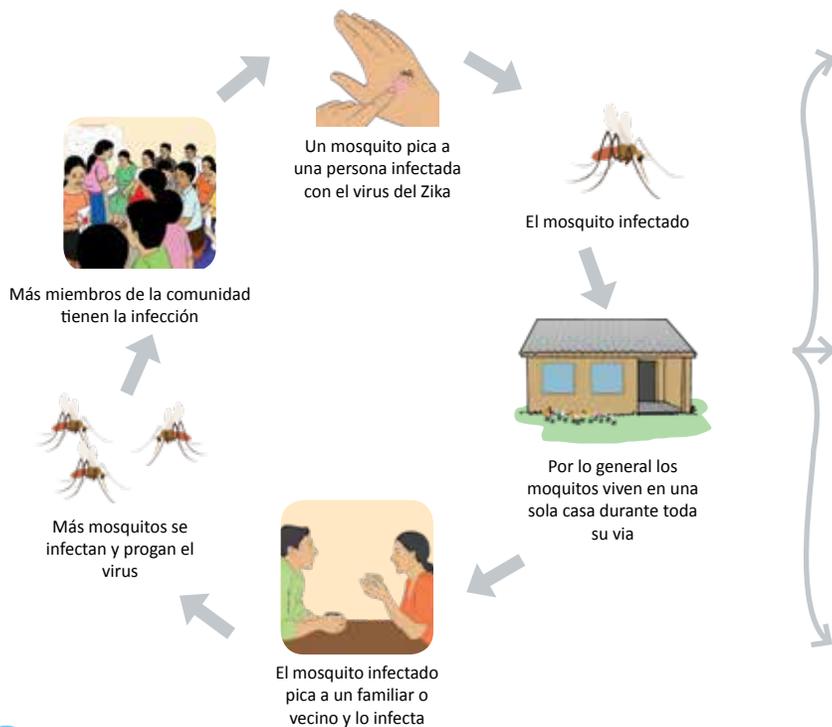
¿Cómo se transmite el Zika?

Además de la transmisión a través de la picadura de un mosquito infectado, el Zika puede transmitirse:

- De madre infectada al feto (transmisión vertical): una mujer embarazada que contrae Zika puede pasárselo a su bebé durante el embarazo.
- A través de relaciones sexuales: una persona infectada (aunque no tenga síntomas) puede transmitirle el virus a su pareja a través de las relaciones sexuales. El virus del Zika puede permanecer en el semen del hombre hasta por 6 meses.

¿Cómo se transmite el Zika?

La mayoría de la gente contrae el Zika a través de la picadura de un mosquito



Otras formas menos comunes de contagio son estas:



Durante el embarazo

Una mujer embarazada puede transmitirle el virus del Zika a su bebé durante el embarazo.

El Zika puede causar microcefalia en el bebé, un defecto congénito grave que es signo de un desarrollo incompleto del cerebro.



Por vía sexual

Una persona con Zika puede transmitir el virus por vía sexual a sus parejas.



A través de una transfusión de sangre

Existen grandes probabilidades de que el virus del Zika se transmita por transfusiones de sangre contaminada.

En el 2019, no se han reportado casos de Zika en Guatemala; sin embargo, el virus permanece latente y puede transmitirse por relaciones sexuales (genitales, anales u orales) con una persona infectada.



¿Cuáles son las principales medidas de prevención del Zika?

Son básicamente tres las medidas más importantes, pero cada una de ellas tiene varias prácticas a seguir.

1. Eliminar los criaderos de mosquitos.

Para eliminar los criaderos de mosquitos de patios y casas debemos:

- Buscar los criaderos de mosquitos donde se acumula el agua limpia o de lluvia (llantas, botes, botellas, macetas), donde se guarda el agua que no se usa seguido (depósitos, tanques y toneles) y donde se guarda el agua de uso frecuente (la pila, cubetas). Esto se debe hacer cada semana.
- Al decir VELITA nos vamos a recordar de Vaciar y dar vuelta a los objetos que todavía sirven. Eliminar, enterrar o botar los objetos que ya no sirven. Limpiar las canaletas de los techos porque las hojas alimentan a las larvas. Tapar los recipientes donde se almacena agua que no se usa frecuentemente.
- Semanalmente cepillar con jabón o detergente y cloro las paredes de los recipientes de agua, como la pila, arriba y debajo de donde se ve la línea del agua, para desprender los huevos pegados a las paredes.

2. Evitar la picadura de mosquitos

- Usar repelente de mosquitos que tengan Picaridín, DEET, IR3535 o aceite de eucalipto limón. Esta medida es principalmente para las embarazadas que deben aplicar el repelente directamente sobre la piel que no está cubierta por la ropa.



- Otras medidas son: poner cedazos en puertas y ventanas y el uso del ventilador para espantar a los mosquitos.

3. Usar condón

- Para evitar la transmisión sexual del Zika, las embarazadas y sus parejas deben usar condón en cada relación sexual durante todo el embarazo.
- El condón se debe usar, quitar y guardar correctamente (aprenda cómo hacerlo).

Además, a las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y sus parejas se les recomienda:

- Asistir a las consultas prenatales para informarse del riesgo de contraer Zika y cómo evitarlo, si está embarazada.
- Buscar consejería sobre los métodos de planificación familiar, si no está embarazada y quiere evitar un embarazo.

¿Cómo se pueden transmitir estos mensajes?

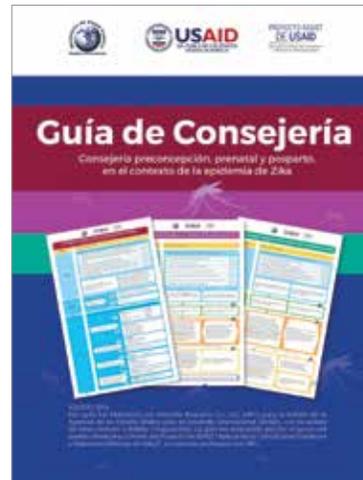
La comunicación interpersonal y consejería (CIP/C) es muy importante para garantizar que los individuos y/o sus parejas conozcan el derecho que tienen de decidir por sí mismos y de una manera responsable acerca de su vida reproductiva, la disminución de sus riesgos y la prevención de enfermedades como el Zika. Las mujeres y sus parejas deben platicar acerca de sus planes reproductivos (si quieren o no tener hijos, cuántos y cuando los quieren tener) con los trabajadores de salud y los trabajadores de salud deben asesorarles para que tomen la mejor decisión en el contexto del Zika. Las mujeres y los hombres deben contar con toda la información y medios disponibles para planificar su vida sexual y sus embarazos.



Use los pasos en el anagrama ACCEDA para ordenar una sesión educativa y/o una sesión de consejería en el servicio de salud o en una visita domiciliaria:

- **A**tienda a la persona con amabilidad y respeto
- **C**onverse con la persona sobre sus necesidades respecto a su vida sexual, sus embarazos y la medidas preventivas contra el Zika
- **C**omunique las opciones existentes y acciones a tomar
- **E**ncamínela a buscar una solución y tomar una decisión
- **D**escriba o demuestre paso a paso lo que la persona puede hacer
- **A**cuerde la próxima visita

**Recuerde
consultar su Guía
de Consejería**



¿Qué es el Síndrome Congénito asociado a Zika?

El Síndrome Congénito asociado a Zika (SCaZ) es el conjunto de anomalías neurológicas en los hijos(as) de madres infectadas con el virus de Zika durante el embarazo. Es un patrón específico de defectos de nacimiento que se observa en los fetos y bebés infectados con el virus de Zika durante el embarazo de sus madres.

No todos los bebés nacidos con infección congénita por el virus del Zika tendrán todas las anomalías. Sin embargo, algunos bebés con la infección congénita por el virus del Zika que no tienen microcefalia en el nacimiento, luego pueden experimentar retardo en el crecimiento de la cabeza y desarrollar microcefalia posnatal.

¿Cuáles son las definiciones de caso de SCaZ?

Las definiciones de caso son los conceptos que se utilizan, tanto para el diagnóstico, como para el reporte de casos de SCaZ. Hay tres definiciones de caso:

- **Caso sospechoso de SCaZ:** Recién nacido vivo que presente microcefalia (perímetro cefálico por debajo de -2 desviaciones estándar de la media de la población de referencia a las 24 horas después de nacer, de acuerdo a edad gestacional y sexo), u otra malformación congénita del sistema nervioso central.
- **Caso probable de SCaZ:** Recién nacido vivo que cumpla con los criterios de caso sospechoso de SCaZ y cuya madre haya presentado *rash* máculo pruriginoso durante el embarazo y/o tenga resultado positivo para Zika en pruebas de laboratorio.
- **Caso confirmado de SCaZ:** Recién nacido vivo de cualquier edad gestacional que cumpla con los criterios de caso sospechoso o probable y en quien se haya confirmado la infección por virus del Zika por pruebas de laboratorio (RT-PCR), independientemente de la detección de otros agentes infecciosos.

La infección por el virus de Zika durante el embarazo es una causa de las anomalías congénitas, entre ellas la microcefalia y está vinculada a otros problemas como aborto espontáneo, muerte fetal intrauterina y otros defectos de nacimiento. También podemos encontrar otros hallazgos postparto: irritabilidad, epilepsia, dificultad para succionar o tragar y posteriormente dificultad para sentarse, alimentarse y dormir solos.

¿Qué anomalías forman parte del patrón de SCAZ?

Las siguiente anomalías forman parte del patrón de Síndrome Congénito asociado a Zika:

- **Microcefalia:** Se define microcefalia al nacer cuando la medición del perímetro cefálico se encuentra por debajo de menos 2 desviaciones estándar de la media de la población de referencia, según sexo. En niños nacidos a término las medidas de corte son en niñas (menos de) < 31.5 cm y en niños (menos de) < 31.9 cm.
- **Anomalías cerebrales:** Variaciones en la forma del cerebro, desarrollo incompleto, alteraciones en su estructura, depósitos de calcio, aspecto liso del cerebro o excesivos pliegues cerebrales, alteraciones de las funciones cerebrales.
- **Alteraciones musculoesqueléticas:** Anomalías de los miembros superiores e inferiores.
- **Alteraciones oftalmológicas:** Lesiones de la retina, desarrollo incompleto del nervio óptico, parcial o total, ceguera, alteraciones del reflejo pupilar, estrabismo, movimientos anormales de los ojos.
- **Alteraciones auditivas:** Disminución auditiva con mayor frecuencia unilateral.
- **Síndrome de Guillain – Barré:** Debilidad simétrica, rápidamente progresiva, de comienzo distal y avance proximal, a veces llegando a afectar la musculatura respiratoria, y que cursa con pérdida de reflejos y de la sensibilidad.

El SCaZ es poco específico en su cuadro clínico.

El Síndrome Congénito asociado a Zika es un patrón de defectos de nacimiento en los bebés infectados por el virus del Zika durante el embarazo.



Diagrama de un bebé con líneas que conectan sus partes con descripciones de síntomas del Síndrome Congénito asociado a Zika:

- Cabeza de tamaño más pequeño que lo normal para su edad (microcefalia)
- Daño cerebral
- Problemas de vista y audición
- Convulsiones
- Problemas para alimentarse (dificultad para tragar)
- Problemas para mover las extremidades y el cuerpo

¿Qué evaluaciones necesita un niño con SCaZ?

Debido a que el SCaZ tiene múltiples manifestaciones clínicas, es necesario que quienes estén afectados sean atendidos por un equipo multidisciplinario (de varias disciplinas y especialidades) y que brinden apoyo psicológico básico a la madre, padre y otros familiares de forma inmediata y la refieran para otras evaluaciones. Toda madre y otros miembros de la familia que cuiden al niño(a) deben ser referidos a apoyo psicosocial a largo plazo.

Las principales evaluaciones que necesita un niño con SCaZ son las siguientes:

- **Examen pediátrico y oftalmológico neonatal** lo más pronto posible. Si hay lesiones sin daño franco en la visión, exámenes periódicos de seguimiento cada 3 meses el primer año y cada 6 meses en segundo año.
- **Valoración neurológica:** La exploración neurológica debe ser efectuada idealmente por un neurólogo pediatra o por un pediatra. Se deben examinar a todos los recién nacidos con sospecha de SCaZ, prematuros o con sospecha de alteraciones o inmadurez neurológica.
- **Examen auditivo neonatal:** Si hay microcefalia, hay riesgo para la pérdida de audición. Hacer evaluación con potenciales evocados durante el primer mes y, si no se tiene los medios, referir a un servicio especializado.

Los casos de SCaZ pueden presentar diferentes complicaciones tales como convulsiones, retardo mental, ceguera, sordera o problemas de movilidad. Por lo tanto, el tratamiento debe ser individualizado.





Todo recién nacido que se ha diagnosticado con SCaZ se debe referir para evaluación y seguimiento a:

- Pediatría
- Nutrición
- Neurología pediátrica
- Oftalmología
- Audiología
- Rehabilitación
- Fisioterapia
- Estimulación temprana
- Y otros especialistas que puedan ser necesarios para la atención del paciente, según la lesión que presente.

No necesariamente todos los casos de SCaZ tendrán evidencia de malformaciones, pero pueden tener alteraciones neurológicas que puedan manifestarse a lo largo de los meses, por lo que se debe dar seguimiento a su crecimiento y neurodesarrollo.

Todo recién nacido con SCaZ debe de ser referido al servicio de salud, centro de rehabilitación, o programas de rehabilitación basada en la comunitaria.



II. GESTOR(A) DE CASO

¿Quién es un(a) gestor(a) de caso?

La o el gestor(a) de caso es un miembro del personal de salud de un servicio que se encarga de ser el enlace entre los servicios de salud y la familia de niños y niñas afectados por el SCaZ y otras discapacidades. El gestor da seguimiento a los casos y sus familias y se asegura que reciban la atención necesaria en forma oportuna.

La figura de “gestor” está presente en el nivel comunitario, así como en el primer, segundo y tercer nivel del sistema de salud y sus servicios, en las Direcciones de Área de Salud y los hospitales de referencia. Todas las y los gestores actúan en su nivel y en relación con los demás, facilitando el cumplimiento de la ruta de referencia y atención recomendada para cada niña y niño afectado.



¿En qué niveles de atención hay gestores de caso?

Gestores de Caso del 1er nivel (GC1): Es un miembro del personal de salud del primer nivel de atención (puestos de salud y centros comunitarios), el más cercano a la comunidad y la familia donde haya un caso. La figura puede ser un(a) auxiliar de enfermería o educador(a). Idealmente debe de ser de la misma comunidad, conocer el lugar y hablar el idioma local.

Gestor de caso del 2do nivel (GC2): Es un miembro del personal de salud del segundo nivel de atención (centros de salud en todas sus modalidades, algunos atienden partos), designado por parte del Distrito Municipal de Salud. Puede ser un(a) auxiliar de enfermería, un(a) psicóloga(a), si hay en el servicio, un técnico en salud rural, un médico, enfermero(a), trabajador(a) social u otro, siempre que esté interesado(a) en la capacitación en la atención y apoyo a los casos de discapacidad asociada o no a Zika.



Gestor de Caso del 3er nivel (GC3): Es un miembro del personal del tercer nivel (hospitalario). Puede ser un(a) psicólogo(a), trabajador(a) social, médico, enfermero(a), u otro, siempre que esté interesado(a) en la capacitación en la atención y apoyo a los casos. Este gestor de caso puede formar parte del Equipo de Mejora del Acceso a la atención.

¿Qué conocimientos y destrezas (habilidades) debe de tener un Gestor de Caso?

El gestor de caso debe conocer:

- Sobre el Zika y las complicaciones por SCaZ.
- Cómo se hace a medición del perímetro cefálico y su correcto registro.
- La ruta de atención y referencia que le sirva para orientar al paciente, madre y/o familiar en los pasos que debe seguir para su atención clínica y apoyo psicosocial.
- La referencia y el llenado de las hojas de referencia y respuesta de casos.
- Las instituciones presentes en su municipio y otras que brinden apoyo y rehabilitación a pacientes y familias afectadas.
- A los demás gestores en otros niveles de atención que sean parte de la ruta de atención integral a niños y niñas con trastornos del neurodesarrollo y discapacidad.
- A los miembros del Equipo de Mejora de Acceso de la Dirección de Área de Salud y los equipos de mejora de la atención hospitalaria y en los demás niveles.

El gestor de caso debe hacer:

- Búsqueda activa de casos de microcefalia y SCaZ (o con sospecha de estar asociado a Zika) y otros trastornos del desarrollo y discapacidad en su comunidad y /o en el servicio.
- Disponer de un registro/vigilancia de los casos identificados en su comunidad para su seguimiento.
- Identificar y priorizar la atención necesaria inmediata tanto para el niño(a), su madre y demás familia.

- Brindar apoyo psicosocial básico a las familias afectadas, educación continua a la madre, cuidador y/o resto de la familia para el adecuado manejo de los niños afectados.
- Relacionarse con las instituciones presentes en su municipio, que brinden apoyo y rehabilitación a pacientes y familias afectadas y otras que puedan facilitar el acceso.
- Dar seguimiento a las familias detectadas.
- Contactar a los demás gestores en otros niveles de atención que sean parte de la ruta de atención integral a niños y niñas con trastornos del neurodesarrollo y discapacidad.
- Coordinar con los miembros del Equipo de Mejora de Acceso de la Dirección de Área de Salud y los equipos de mejora de la atención hospitalaria (puede formar parte de estos equipos).
- Facilitar la orientación, el acceso y la atención de pacientes por parte de los especialistas y el equipo multidisciplinario disponible el hospital o su referencia a servicios de mayor especialización.
- Velar por el cumplimiento con la programación y la atención de niños y niñas con trastornos del neurodesarrollo y discapacidad en comunidades bajo su área de cobertura, acorde a las normas del MSPAS.
- Brindar apoyo psicosocial inicial a la familia.

¿Cuáles son las actividades de un(a) gestor(a) de caso?

- Tener contacto continuo (hablarse, mensajes o reunión) con los gestores de los otros niveles.
- Registrar y dar seguimiento a los casos, manteniendo comunicación con las familias y otros gestores.
- Participar en reuniones con Equipos de Mejora del Acceso y Mejora de la Atención de su área de cobertura.
- Estimular y dinamizar la referencia de casos para seguimiento clínico y apoyo psico social.
- Dinamizar la red de referencia y respuesta.
- Comunicarse adecuadamente y dar apoyo psicosocial básico.

Consulte su Guía de la Ruta para la Atención y Apoyo Psicosocial de casos de discapacidad asociados o no a Zika



III. RUTA PARA LA ATENCIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL

¿Cuáles son el propósito y objetivos de la Ruta?

El propósito de la Ruta es señalar a los actores comunitarios, proveedores de salud y otros la secuencia de pasos que enlazan a cuatro escenarios -comunitario, primer, segundo y tercer nivel de atención- para el acceso a las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, incluyendo la consejería y el apoyo psicosocial, de todos los casos de mujeres embarazadas con sospecha o confirmación de diagnóstico positivo de Zika, de niños(as) con Síndrome Congénito asociado a Zika (SCaZ) y de personas con Síndrome de Guillain Barré, así como con otras discapacidades asociadas o no a Zika.

La Ruta involucra al nivel comunitario, así como a los tres niveles de atención en salud y otras instituciones que pueden apoyar en el seguimiento de los casos de discapacidad asociados o no a Zika. Los tres niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos de salud para satisfacer las necesidades de las comunidades. Estos niveles están asociados con niveles de complejidad y capacidad de resolución.

Los objetivos de la Guía de la Ruta para la Atención y Apoyo Psicosocial de Casos de Discapacidad asociados o no a Zika son:

- Visualizar a la comunidad como el espacio para trabajar con otras personas en hacer los cambios para mejorar las condiciones individuales, familiares y comunitarias de salud.
- Concebir el abordaje integral y seguimiento de los casos de discapacidad asociados o no a Zika, con los recursos existentes.
- Comunicar de inmediato y adecuadamente a las autoridades y personal de salud la detección de casos de discapacidad.
- Poner en marcha la coordinación intersectorial, articulando a la comunidad con el sector salud, al momento de detectar casos para su inmediata atención y apoyo.
- Identificar a los actores y servicios disponibles en la Ruta de atención y apoyo psicosocial de casos en su contexto.
- Reconocer y solicitar efectividad y calidad en el sistema de referencia y respuesta de los casos.

¿Qué es la búsqueda activa de casos?

La búsqueda activa de casos es el conjunto de medidas de salud pública para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población. Pretende detectar a tiempo los casos que no han sido identificados por medio de las actividades de vigilancia de rutina.

¿Se puede hacer búsqueda activa y seguimiento de casos por nivel?

Sí. Los gestores de caso de cada nivel pueden utilizar diferentes métodos para hacer la búsqueda activa como se muestra en el siguiente cuadro:

Gestores/as en el primer nivel de atención	Gestores/as y proveedores de salud en el segundo nivel de atención	Gestores/as y proveedores de salud en el tercer nivel de atención
<ul style="list-style-type: none">• Entrevistas para determinar el riesgo y la sospecha de casos.• Reuniones con líderes de la comunidad.• Identificación y referencia de casos.	<ul style="list-style-type: none">• Revisión diaria de registro de consulta.• Entrevista de los casos identificados como sospechosos.• Referencia y contrareferencia de casos (respuesta).	<ul style="list-style-type: none">• Revisión diaria de registro de consulta externa, urgencias y hospitalización.• Revisión de laboratorios clínicos.• Referencia y contrareferencia de casos (respuesta).

¿Qué es la referencia y respuesta de casos?

Es el conjunto de procedimientos que permiten asegurar la continuidad y la calidad de la atención favoreciendo el uso eficiente de los recursos en el cuidado de la salud.

- **Referencia:** Es el envío de pacientes por parte de un prestador de servicios de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro prestador en un establecimiento de mayor capacidad resolutive.
- **Contrarreferencia (respuesta):** Es el procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al servicio de origen informando del resultado de la atención dada en el



servicio de salud de referencia que permite dar seguimiento y control con las indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente.

La referencia y respuesta están establecidas en el código de salud en el artículo 153 de la “ley de referencia y contrareferencia”.

Para garantizar el acceso de la población a los distintos establecimientos en salud, el MSPAS creará y normalizará una red de referencia y contrarreferencia de atención a los pacientes de acuerdo a los niveles de atención establecidos.

- REFERIR OPORTUNAMENTE TODO CASO DE SINDROME CONGENITO ASOCIADO A ZIKA, PARA ATENCION MÉDICA, REHABILITACION Y ESTIMULACION TEMPRANA
- TODA MADRE DE UN NIÑO/A CON MICROCEFALIA O SINDROME CONGENITO ASOCIADO A ZIKA DEBE DE SER REFERIDA PARA APOYO PSICOSOCIAL

Cuando haya formatos oficiales del MSPAS para la referencia se deben usar; si no hay, se pueden utilizar las hojas de referencia y contrarreferencia de SCaZ, creadas para el propósito.

Para el control del caso necesitamos recolectar datos en una hoja de registro. El objetivo de la hoja de registro es anotar de forma ordenada los datos que permitan saber la condición de los casos, su ubicación precisa y qué se está haciendo con los casos localizados.

REGISTRO DE REFERENCIA PARA CASOS DE EMBARAZO, MICROCEFALIA Y/O SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO A ZIKA

No. de referencia: _____
 Fecha de la referencia: _____
 Servicio al que se refiere: _____

Datos Generales
 Nombre del paciente: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Nombre del familiar que acompaña al paciente: _____
 Nombre del Gestor que refiere: _____ Teléfono: _____
 Servicio del que se refiere: _____

Motivo de Referencia
 Embarazada con sospecha Síndrome congénito asociado a Zika Microcefalia
 Signos Vitales: P/A _____ FR _____ Temperatura _____ FC _____
 PC del niño: _____ Peso: _____ Talla: _____

Datos de la embarazada
 Edad: _____ años; embarazo de _____ semanas de gestación
 Antecedentes: Gestas _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____ HV _____ HM _____

Presentando signos y síntomas de Zika: SI NO
 Rash Conjuntivitis Fiebre Dolor muscular Dolor articular

Datos del niño/a:
 Edad: _____ en días/ meses

Presenta convulsiones <input type="checkbox"/>	Presenta debilidad en extremidades <input type="checkbox"/>
Presenta alguna anomalía visible <input type="checkbox"/>	Problemas en sus extremidades <input type="checkbox"/>
Problemas en sus extremidades <input type="checkbox"/>	Problemas auditivos y/o visuales <input type="checkbox"/>
Problemas del desarrollo <input type="checkbox"/>	Problemas para tragar o succionar <input type="checkbox"/>
Presenta irritabilidad <input type="checkbox"/>	Se extrae muestra de sangre <input type="checkbox"/>

Se refiere para atención:
 Obstétrica Pediatría Apoyo psicosocial Rehabilitación
 Estimulación temprana Atención por especialista

Tratamiento en este servicio: _____

Firma y Sello

REGISTRO DE CONTRAREFERENCIA PARA CASOS DE EMBARAZO, MICROCEFALIA Y/O SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO A ZIKA

No. Contra-referencia: _____
 Fecha de la contra-referencia: _____
 Servicio al que contra-refiere: _____

Datos Generales
 Nombre del paciente: _____
 Nombre del Gestor que responde: _____
 Servicio que contra-refiere: _____ Teléfono: _____

Motivo de Contra Referencia
 Hospitalización Seguimiento en Centro de Salud Seguimiento en Pediatría
 Seguimiento por Obstetricia Seguimiento por psicología Rehabilitación

Referencia con Especialistas Clínica de Estimulación temprana

Seguimiento en Clínica de Crecimiento y Desarrollo

Seguimiento en Puesto de Salud

Seguimiento o consulta en otra institución Especifique:

Fecha próxima cita: _____ Clínica o Centro de Salud: _____

Tratamiento recibido: _____

Recomendaciones a seguir: _____

Otras observaciones: _____

Firma y Sello



IV. EL PERÍMETRO CEFÁLICO

¿Qué es la microcefalia?

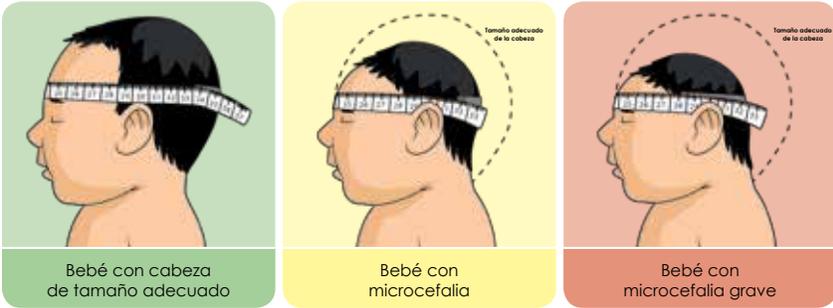
La microcefalia es una malformación en la que el niño nace con una cabeza pequeña para su edad gestacional o en la que la cabeza deja de crecer después del parto. Los niños nacidos con microcefalia pueden tener convulsiones y presentar discapacidades físicas y de aprendizaje cuando crecen. No hay un tratamiento disponible para la microcefalia. La microcefalia puede detectarse con la medición adecuada de la circunferencia cefálica, también llamada, perímetro cefálico (PC).

Para conocer si un niño tiene microcefalia al nacer, debe hacerse una medición del perímetro cefálico a las 24 primeras horas de vida.

¿Cómo hacer la medición del perímetro cefálico?

- Use una cinta métrica que no se estire.
 - Ajuste la cinta métrica firmemente a la parte más ancha posible de la cabeza del niño(a):
 - la parte más ancha de la frente arriba de las cejas y las orejas, y
 - la parte más prominente de la parte de atrás de la cabeza.
 - Tome la medida tres veces y seleccione la medida más grande. Siempre utilice un entero (centímetros) y un decimal (milímetros) para registrar la medida. Si fuera necesario, aproxime al milímetro (0.1) más cercano.
 - Mida el perímetro cefálico al nacer y a las 24 horas del nacimiento. Anote las medidas en el expediente clínico del niño.
- 

Recuerde medir el perímetro cefálico al nacer y a las 24 horas de nacido



(Fuente: Medición del perímetro cefálico, CDC, 2016)

¿Cómo interpretar la medición del perímetro cefálico?

Para interpretar la medida del perímetro cefálico del recién nacido a término (de 37 semanas de gestación o más), utilice la siguiente tabla:

Tabla de valores de microcefalia en recién nacidos de 37 semanas o más (OMS)

Clasifique:	NIÑAS	NIÑOS
Microcefalia con un valor por debajo de -2 Desviaciones Estándar (DE) ¹	31.5 cm	31.9 cm
Microcefalia grave con un valor por debajo de -3 Desviaciones Estándar (DE) ¹	30.3 cm	30.6 cm

Fuente: OMS/OPS Lineamientos preliminares de vigilancia de microcefalia en recién nacidos en entornos con riesgo de circulación de virus Zika. Washington, D.C., 2016.

¹ En caso de microcefalia refiera al niño o niña siguiendo la Ruta de Cuidado y Apoyo.

Consulte su tarjetón o tríptico con información sobre la medición del perímetro cefálico y su interpretación



Recuerde medir el perímetro cefálico al nacer y a las 24 horas de nacido



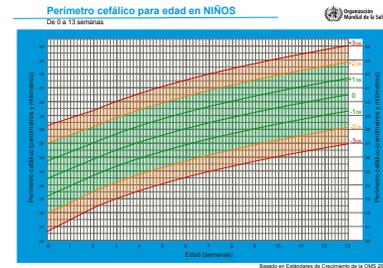
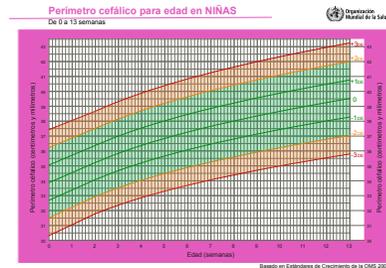
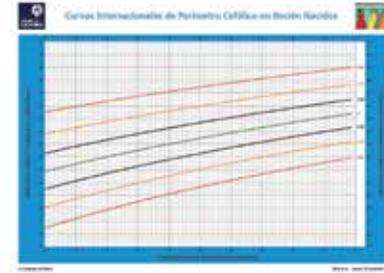
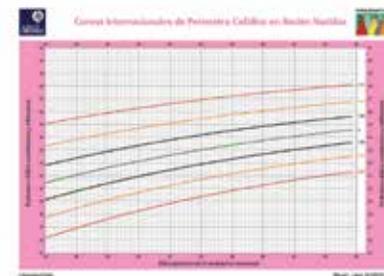
- Use una cinta plástica que no se pueda estirar.
- Ajuste la cinta cefálica firmemente a lo posible, pero asegure la correcta posición de la cinta en la parte más cefálica de la frente, sobre los ojos y las orejas.
- La parte más prominente de la parte superior de la cabeza.
- Tome la medida tres veces a diferentes niveles de la medida cada vez. Si fuera necesario, capotee al niño/a (0,5) entre cada una y registre siempre en decímetros.
- Mida el perímetro cefálico al nacer y a las 24 horas del nacimiento. Anótelos en el expediente.

Adaptado de: Manual de diagnóstico pediátrico. OMS, 2004.

Tabla de valores de microcefalia en recién nacidos de 37 semanas o más (OMS)

Clasifique MICROCEFALIA con un valor por debajo de:	NIÑAS	NIÑOS
-2 Desviaciones Estándar (DE)	31,5 cm	31,8 cm

Si se utiliza la tabla pediátrica con frecuencia puede verse un estatus de MICROCEFALIA 21 según sexo y edad gestacional (Tabla 21.1). Para estatus de MICROCEFALIA 21 para recién nacidos, ver protocolo.



V. COMUNICACIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL A LAS FAMILIAS CON UN NIÑO(A) AFECTADO POR EL ZIKA

Existen situaciones difíciles que a veces pueden cambiar el rumbo y el sentido de la vida de las personas que las viven, como por ejemplo una condición o enfermedad de difícil pronóstico, la muerte de un ser querido y otras situaciones que se perciben como catastróficas. Ante una enfermedad con consecuencias tan potencialmente serias, como el SCaZ, las personas pasan por un proceso de duelo y pueden reaccionar de formas diversas.

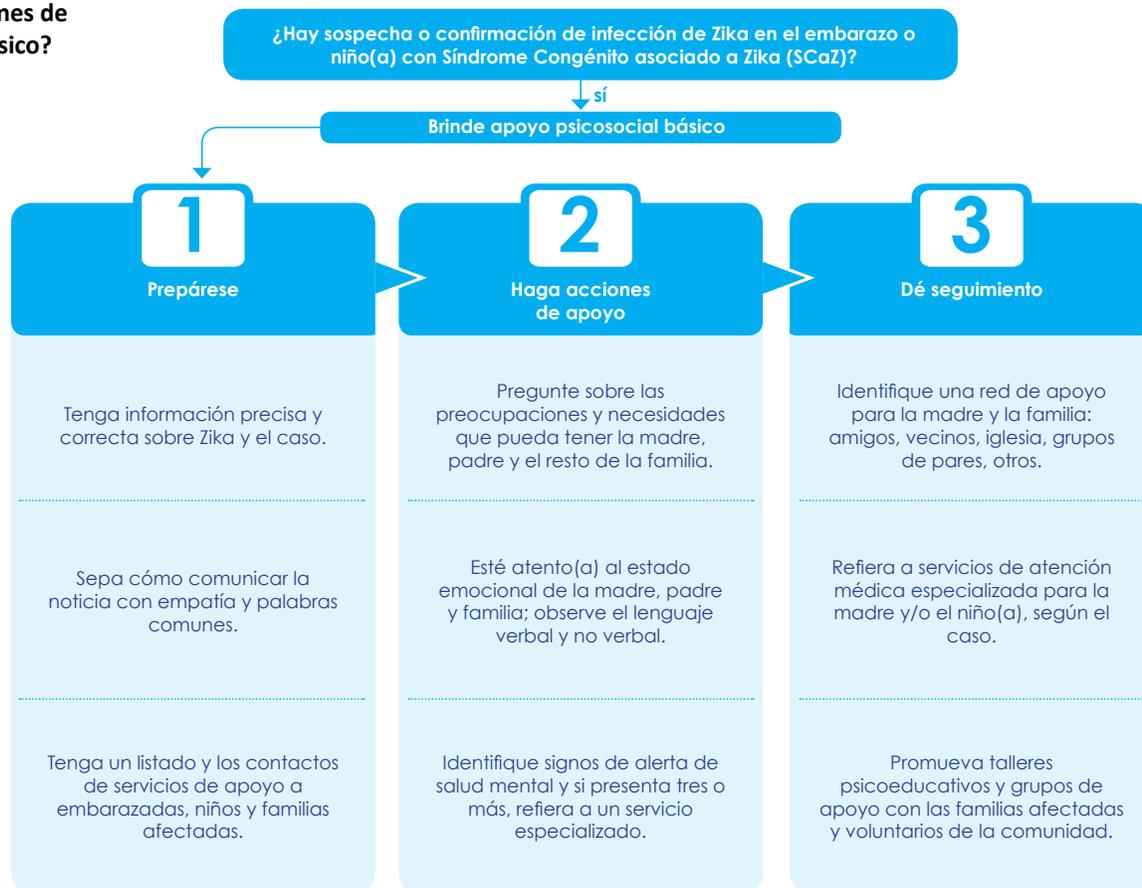
Por lo tanto, es importante que los gestores de casos tengan habilidades básicas de comunicación para brindar consejería con apoyo psicosocial básico para las madres, padres y otros familiares. El gestor(a) de caso debe de brindar apoyo psicosocial básico a madres, padres y familias de niñas y niños con sospecha o diagnóstico de Síndrome Congénito asociado a Zika (SCaZ) y otros trastornos del neurodesarrollo.

El gestor debe orientar a las familias sobre los cuidados del niño(a) y los servicios mínimos de que disponen en su comunidad y municipio y hacia dónde dirigirse para atención y cuidados especializados. Las familias deben iniciar lo más pronto posible terapias de estimulación temprana, apoyo de medicina física y rehabilitación.

¿Cuáles son los pilares de la Atención Psicosocial Básica (APB)?

- Desarrollar una relación de confianza con la persona y su familia.
- Ayudar y facilitar que las personas acceda a información, servicios y apoyos sociales (por ejemplo, ayuda económica y alimentaria).
- Alentar a las persona para que se sienta en control de su situación y sus emociones y empoderada para actuar.

¿Cuáles son las acciones de Apoyo Psicosocial Básico?



¿Cuál es el rol del gestor en el Apoyo Psicosocial Básico?

- Estar sensibilizado sobre la importancia de integrar lineamientos básicos de apoyo psicosocial en cada consulta o visita domiciliaria a la familia.
- Desarrollar una relación de confianza y apoyo con las familias.
- Solidarizarse con el sufrimiento físico y emocional de los usuarios y vincular a su familia y comunidad (o grupos de apoyo).
- Hacer preguntas sobre la condición del paciente y de la madre y otros miembros de la familia.
- Proveer información confiable sobre el SCaZ y las terapias disponibles.
- Hacer los contactos y referencias para que pueda obtener atención, cuidados y apoyo, incluyendo el apoyo psicosocial básico a la madre y su familia.

¿Qué destrezas básicas de comunicación debe tener el(la) gestor(a) de caso?



5 COSAS PARA DECIR Y HACER

- Encuentre un lugar privado y sin distracciones para platicar; practique la privacidad y confidencialidad.
- Invite a la consulta a la pareja o acompañante de la madre para que se conviertan en un apoyo de la madre y/o niño(a).
- Llame a la persona por su nombre y mírela a los ojos; observe sus gestos y expresión facial, postura, tono de voz, respiración y otros.
- Mantenga una escucha activa y empática para entender sus necesidades y preocupaciones.
- Demuestre que escucha asintiendo con la cabeza o diciendo “mmm, comprendo...”, sin interrumpir y respetando los silencios.



5 COSAS QUE NO DEBE DECIR NI HACER

- NO utilice expresiones técnicas y vocabulario complicado.
- NO culpe ni juzgue a la persona por haberse embarazado, por no usar condón, no echarse repelente de insectos o no haber eliminado criaderos de mosquitos.
- NO interrumpa, presione o apure a la persona mientras habla (por ejemplo, no mire la hora en su reloj, ni hable muy rápido).
- NO invente si no sabe. NO dé diagnósticos definitivos. NO haga falsas promesas ni dé falsos argumentos tranquilizadores.
- NO hable de sus propios problemas, no se ponga de ejemplo, ni le cuente historias de otras personas.

En el siguiente cuadro se muestran las reacciones más comunes al estrés.

Reacciones físicas	Reacciones emocionales	Reacciones cognitivas	Reacciones sociales y culturales
<ul style="list-style-type: none"> • Nauseas, mareos, desmayos • Dolor de espalda • Dolor de pecho, • Dolor de cabeza • Malestar estomacal • Fatiga, frecuencia cardíaca elevada • Dificultad para respirar 	<ul style="list-style-type: none"> • Temor • Ansiedad • Tristeza • Enojo • Llanto • Aturdimiento • Callado(a) <p>La persona no responde a la interacción con el proveedor de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para concentrarse • Pensamientos o imágenes catastróficas • Confusión: ¿Qué viene después?, ¿No entiendo lo que me dice?, ¿Qué voy hacer?, ¿Mi bebé se va a morir? • Culpa: ¿Qué hice mal?, ¿Qué no hizo mi esposa? 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento • Vergüenza • Ruptura en relaciones de pareja y/o familia • Dificultad para relacionarse con otras personas del entorno • Mitos sobre la enfermedad • Actitudes de exclusión en la comunidad

¿Cuáles son las posibles reacciones emocionales asociadas a complicaciones a la salud?

Es posible que algunas personas no logren superar por sí mismas el proceso de **duelo** por diferentes circunstancias como, la falta de una red de apoyo familiar y social. A medida que transcurren el tiempo aumenta la tensión, la preocupación y la desesperanza ante el futuro. La persona debe aprender a adaptarse a la nueva situación y superar las adversidades a través de un proceso que se conoce como **resiliencia**.

La resiliencia requiere de tiempo y esfuerzo personal para alcanzar una nueva actitud y responder de manera positiva a las alternativas para mejorar o solucionar los problemas.

Para identificar a personas que requieran una atención especializada en salud mental use la herramienta de signos de alerta de salud mental que está en la siguiente página (30).

SIGNOS DE ALERTA DE SALUD MENTAL

Observe y pregunte por estos signos de alerta. Si tiene 3 o más de éstos, refiera a servicios especializados.

	Signos de alerta	SÍ	NO
1.	Bajo estado de ánimo persistente o tristeza (sensación de vacío) que dura más de dos semanas seguidas		
2.	Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo		
3.	Pérdida del interés o pérdida de la capacidad para disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras		
4.	Dificultades de concentración		
5.	Preocupación extrema y constante		
6.	Sentimiento de miedo y/o temor		
7.	Múltiples síntomas físicos sin causa definida: dolor de cabeza, articulares, gástricas, palpitaciones, mareos, aletargamiento, tensión muscular, agitación e inquietud, temblores, incapacidad de relajarse, sensación de ahogo, vértigo, otras.		
8.	Cambio en hábitos alimentarios y/o de sueño		
9.	Descuido inusual en apariencia personal (falta de higiene y desnutrición)		
10.	Dificultades en relaciones interpersonales		
11.	Ideas y pensamientos suicidas, intensos y persistentes (intentos suicidas previos)		
12.	Historia de golpes que no concuerdan con la evidencia		
13.	Acciones violentas		
14.	Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas)		

VI. DESARROLLO INFANTIL Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Debido a las complicaciones neurológicas asociadas a la infección del virus del Zika en niñas y niños, la estrategia de seguimiento ha contribuido al fortalecimiento del programa de vigilancia y monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño y la niña y la detección oportuna de señales de alerta en su desarrollo.

Los seres humanos difieren en su ritmo de desarrollo. Sin embargo, durante los primeros años de vida existen logros puntuales en una secuencia de comportamientos que se realizan en el tiempo, según el rango de edad, en las áreas física, cognitiva, sensorial y socioafectiva (indicadores de desarrollo).

Los trastornos del neurodesarrollo son una alteración o variación en el crecimiento y desarrollo del cerebro, que está asociada a una alteración de los procesos de desarrollo neurológico, físico (motor), cognitivo, psicológico y social.

Vigilar el desarrollo del niño(a) comprende el uso de herramientas que indiquen los parámetros mínimos de desarrollo a alcanzar en cada rango de edad, las actividades para estimar si el desarrollo está ocurriendo dentro del marco esperado y para detectar señales de alerta en el desarrollo y necesidades de apoyo.

Lo más significativo en el desarrollo de los niños(as) pequeños es el cuidado cariñoso y sensible que le brinden sus padres y familiares. Los niños(as) que crecen en un ambiente saludable, con cuidados y cariño, se sentirán más seguros y eso hará que puedan desenvolverse con mayor confianza y seguridad en sí mismos y de lo que pueden hacer. Lo contrario sucede, en un ambiente inseguro y sin amor.

¿Cuáles son las áreas de desarrollo infantil?

Hay al menos cuatro áreas de desarrollo:

Área motriz

Motricidad Gruesa: Movimientos de músculos, fuerza, velocidad, cambio de posición, verticalización y equilibrio del cuerpo y otros.

Motricidad Fina: Habilidad para realizar actividades finas y precisas con las manos y coordinación visual (tomar objetos, sostenerlos y manipularlos)

Área cognitiva: Conjunto de procesos, donde el niño va comprendiendo su entorno y desarrolla las formas básicas de pensar, responder y la capacidad para solucionar problemas sencillos.

Área de lenguaje: Conductas que permiten al niño/a comunicar sus ideas y necesidades a otras personas a través de los sonidos, gestos y símbolos.

Área de socio-afectivas: Se refiere al vínculo afectivo entre el niño/a y su entorno primario (madre, padre y familia), incluye el estado emocional y aprendizaje de reglas de convivencia con su entorno.

¿Cuáles son los signos de alerta o alarma para el desarrollo infantil?

- Ausencia o persistencia de reflejos que deberían haber desaparecido.
- El niño o niña denota flacidez o rigidez.
- Ausencia de respuesta al sonido o a objetos visuales.
- Tiene problemas para comer: no succiona, se atraganta, se pone morado, presenta problemas para aceptar diversos alimentos.
- Tiene las manos permanentemente empuñadas con el pulgar adentro.
- Está irritable con frecuencia, a pesar de satisfacer sus necesidades (comer, dormir, entre otras) y cuesta trabajo tranquilizarlo de forma más notoria que a otros niños o niñas de su edad.
- No hace esfuerzos por comunicarse.
- Asimetría en la movilidad.
- Alteraciones fenotípicas (cualquier característica física anormal, tales como cardiopatías congénitas, mielo meningocele y malformaciones cerebrales y rasgos morfológicos).
- Alteraciones del perímetro cefálico (mediciones de perímetro cefálico por arriba de +2 desviaciones estándar (DE), o por debajo de -2DE se asocian a mayor riesgo de trastorno del desarrollo).

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Evaluación de factores de riesgo de 0 a 2 meses

	Pregunte a la madre	Sí	No
1.	¿Tuvo <u>menos de cuatro</u> (4) controles prenatales?		
2.	¿Hubo algún problema durante el embarazo, parto o nacimiento del niño(a)?		
3.	¿Tuvo o sospecha haber tenido Zika en el embarazo?		
4.	¿El niño(a) estuvo hospitalizado después de nacer?		
5.	¿El niño(a) nació prematuro?		
6.	¿Pesó menos de 2.5 kilogramos (5 libras y 8 onzas) al nacer?		
7.	¿El niño(a) se puso amarillo en los primeros días después de nacer?		
8.	¿Ha tenido alguna enfermedad grave?		
9.	¿Es usted pariente (consanguíneo o de sangre) del papá del niño(a)?		
10.	¿Existe algún caso de deficiencia mental en la familia?		
11.	¿Tiene alguna preocupación respecto al desarrollo de su hijo o hija?		
12.	Indague para saber si hay algún otro factor de riesgo como violencia doméstica, depresión materna, alcoholismo u otro		

¿Cuáles son las alteraciones fenotípicas o de la apariencia externa?

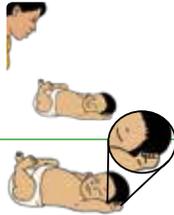
Examen de presencia de alteraciones fenotípicas

	Observe al niño(a)	Sí	No
1.	Hendidura palpebral oblicua		
2.	Ojos separados		
3.	Implantación baja de las orejas		
4.	Labio leporino		
5.	Hendidura o fisura palatina		
6.	Anormalidades características de microcefalia (en cráneo, piel, articulaciones y cerebro)		
7.	Cuello corto o largo		
8.	Pliegue palmar único		
9.	Quinto dedo de la mano corto y curvo		
10.	Otra alteración fenotípica		

VIGILANCIA DEL DESARROLLO

Vigilancia del desarrollo del niño y la niña en los primeros 2 meses de vida

De 0 a 1 mes

Reflejos y posturas	Posición del niño o niña y prueba	Respuesta esperada
Reflejo de Moro 	Acostado boca arriba sobre una superficie plana y segura, aplauda sobre la cabeza del niño o niña.	El niño o niña abre y cierra los brazos como si fuera a abrazar (extensión, abducción y elevación de brazos) y retorna a la postura habitual con brazos flexionados.
Reflejo cócleo-palpebral 	Acostado boca arriba, aplauda a 30 cm de la oreja derecha del niño o niña y observe la respuesta. Repita de la misma manera en la oreja izquierda y observe. Puede repetir un máximo de 3 veces.	El niño o niña pestañea.
Reflejo de succión 	Pida a la madre que lo coloque al pecho y observe. Si mamá hace poco, estimule sus labios con el dedo limpio (o con guantes de látex) y observe.*	El niño o niña deberá succionar el pecho o realizar movimientos de búsqueda y succión fuerte con los labios y lengua al ser estimulado con el dedo.
Brazos y piernas flexionadas y cabeza lateralizada 	Acostado boca arriba, observe la postura del niño o niña.	Los brazos y las piernas del niño deberán estar flexionados y su cabeza lateralizada.
Manos cerradas 	En cualquier posición observe sus manos.	Las manos deberán estar cerradas.

De 1 mes a 2 meses

Habilidades	Posición del niño o niña y prueba	Respuesta esperada
<p>Vocaliza</p> 	<p>Durante el examen en cualquier posición, observe si el niño o niña emite algún sonido gutural (de la garganta) corto de las vocales.</p>	<p>El niño o niña emite algún sonido o la madre o cuidador(a) dice que lo hace.</p>
<p>Sonrisa social</p> 	<p>Acostado boca arriba, sonría y platique con el niño o niña. No le haga cosquillas ni toque su cara porque se trata de obtener una respuesta social más que física.</p>	<p>El niño o niña sonríe.</p>
<p>Movimiento de piernas alternado</p> 	<p>Acostado boca arriba, observe los movimientos de sus piernas.</p>	<p>El niño o niña hace movimientos de flexión y extensión de las piernas, generalmente en forma de pedaleo o entrecruzamiento, algunas veces con descargas de extensión.</p>
<p>Abre las manos</p> 	<p>Acostado boca arriba, observe las manos del niño o niña.</p>	<p>El niño o niña deberá abrir sus manos en algún momento, de manera espontánea.</p>

Clasificación del desarrollo del niño y niña de 0 a 2 meses

EVALÚE	CLASIFIQUE	ACTÚE
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de todos los reflejos, posturas y habilidades para su grupo de edad • Perímetro cefálico entre -2DE y +2DE • Ausencia de factores de riesgo • Ausencia de alteraciones fenotípicas 	DESARROLLO NORMAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dígaselo a la madre, padre y/o encargado(a) • Oriéntele sobre la estimulación oportuna de su hijo o hija • Dé seguimiento en consulta mensual • Indique las señales de peligro para consulta de emergencia
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de reflejos, posturas y habilidades para su grupo de edad • Perímetro cefálico entre -2DE y +2DE • Existe uno o más factores de riesgo (por ejemplo, Zika en el embarazo) • Ausencia de alteraciones o presencia de menos de 3 alteraciones fenotípicas 	DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • Oriente a la madre, padre o encargado sobre la estimulación oportuna de su hijo o hija • Dé cita para una consulta de seguimiento en 15 días • Indique las señales de peligro para consulta de emergencia
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de uno o más reflejos, posturas o habilidades para su grupo de edad 	ALERTA PARA EL DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Oriente a la madre, padre o encargado sobre la estimulación oportuna de su hijo o hija • Dé cita para una consulta de seguimiento en 15 días • Indique las señales de peligro para consulta de emergencia
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de uno o más reflejos, posturas o habilidades para su grupo de edad • Perímetro cefálico mayor de +2DE o menor de -2DE • Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas 	PROBABLE ATRASO DEL DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Refiera para una evaluación especializada de desarrollo • Oriente a la madre, padre y/o encargado(a) sobre el motivo de la referencia. • Registre en el SIGSA

Vigilancia del desarrollo del niño y la niña de 2 a 24 meses

De 2 a 3 meses

Comportamiento	Posición del niño o niña y prueba	Respuesta esperada
<p>Mira a la cara del examinador(a) o la madre</p> 	<p>Acostado(a) boca arriba, coloque su cara frente a la cara del niño o niña a una distancia aproximada de 30 cm y observe si el niño o niña fija la mirada. Si no lo hace, repita el procedimiento 1 vez.</p>	<p>El niño mira a la cara del examinador(a) o de la madre de forma evidente.</p>
<p>Sigue objetos en su campo visual</p> 	<p>Acostado(a) boca arriba, colóquese atrás del niño y coloque un pom-pom rojo encima de la cara del niño(a) entre 20 y 30 cm. Cuando el niño esté mirando el pom-pom muévalo lentamente para el lado derecho. Si el niño lo pierde de vista reinicie el procedimiento hasta 3 veces. Repita el movimiento del lado izquierdo.</p>	<p>El niño o niña acompaña el movimiento del pom-pom hacia los dos lados, solamente con los ojos o con los ojos y la cabeza.</p>
<p>Reacciona a los sonidos</p> 	<p>Acostado(a) boca arriba, colóquese atrás del niño y sostenga un chin-chin al lado y cerca de la oreja derecha del niño o niña entre 20 y 30 cm sin que el niño lo pueda ver. Sacúdalo suavemente y pare. Haga la prueba en la oreja izquierda. Puede repetir la prueba hasta 3 veces.</p>	<p>El niño o niña muestra un cambio de comportamiento al oír el sonido: mueve los ojos, cambia de expresión, aumenta la frecuencia respiratoria o gira la cabeza hacia el sonido.</p>
<p>Eleva la cabeza</p> 	<p>Acostado boca abajo, observe si el bebé consigue estirar el pecho y elevar la cabeza.</p>	<p>El niño o niña levanta la cabeza en la línea media, elevando la barbilla, sin girar para uno de los lados.</p>

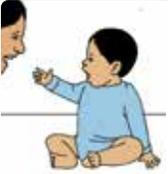
De 3 a 6 meses

Comportamiento	Posición del niño o niña y prueba	Respuesta esperada
<p>Responde al examinador(a)</p> 	<p>Acostado(a) boca arriba, colóquese frente al niño de manera que pueda ver su cara. Diga una frase (“que lindo el nene” o algo así) y observe la reacción. Si el niño no responde, pídale a la madre que haga lo mismo y observe.</p>	<p>El niño o niña mira el rostro del examinador(a) o de la madre y sonríe, hace pucheros o llora.</p>
<p>Emite sonidos</p> 	<p>Acostado(a) boca arriba, colóquese frente al niño de manera que pueda ver su cara. Diga una frase (“que bebé tan linda” o algo así) y observe la reacción. Si no la observa, pregunte a la madre si lo hace en casa.</p>	<p>El niño o niña emite sonidos o vocaliza intentando comunicarse (gugu, aaa, eee, etc.)</p>
<p>Agarra objetos</p> 	<p>Con el niño o niña cargado o acostado en el regazo de la madre, toque el dorso o la punta de sus dedos con un objeto (juguete) y observe.</p>	<p>El niño o niña agarra el objeto por algunos segundos.</p>
<p>Sostiene la cabeza</p> 	<p>Coloque al niño sentado manteniendo sus manos en los lados como apoyo, o pídale a la madre que lo siente.</p>	<p>El niño o niña mantiene la cabeza firme –sin que se le balancee o baje– durante algunos segundos.</p>

De 6 a 9 meses

Comportamiento	Posición del niño o niña y prueba	Respuesta esperada
<p>Intenta alcanzar un juguete</p> 	<p>Sentado en las piernas de la mamá, frente al examinador(a), tome un cubo rojo o juguete y colóquelo al alcance del niño en una mesa o en la palma de la mano de su mamá. Llame la atención del niño hacia el cubo tocando un lado del mismo. No se lo dé en la mano.</p>	<p>El niño intenta agarrar el juguete o cubo extendiendo su brazo o adelantando su cuerpo hacia él. No es necesario que agarre el cubo o juguete.</p>
<p>Lleva objetos a la boca</p> 	<p>Sentado en las piernas de la mamá, frente al examinador(a), tome un cubo rojo o juguete y colóquelo al alcance del niño en una mesa o en la palma de la mano de su mamá. Llame la atención del niño hacia el cubo tocando un lado del mismo. Si el niño no lo agarra, déselo en su mano.</p>	<p>El niño o niña lleva el cubo o juguete a la boca.</p>
<p>Localiza el sonido</p> 	<p>Sentado en las piernas de la mamá, frente al examinador(a), ofrézcale un juguete al niño para que se entretenga. Colóquese atrás del niño, fuera de su visión, y sacuda un chin-chin suavemente cerca de la oreja derecha. Observe si gira la cabeza para localizar el sonido. Repita cerca de la oreja izquierda.</p>	<p>El niño o niña gira la cabeza hacia el sonido, en ambos lados.</p>
<p>Cambia de posición (gira, reptar o se arrastra)</p> 	<p>Acostado(a) boca arriba, coloque al lado del niño un juguete llamando su atención. Observe si el niño consigue girar solo para agarrar el juguete, pasando de boca arriba a boca abajo. Observe si reptar o se arrastra.</p>	<p>El niño o niña consigue cambiar de posición girando totalmente de boca arriba a boca abajo.</p>

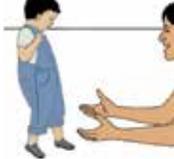
De 9 a 12 meses

Comportamiento	Posición del niño o niña y prueba	Respuesta esperada
<p>Juega a taparse a taparse y descubrirse</p> 	<p>Sentado en una superficie plana y segura o las piernas de la madre, colóquese frente al niño o niña y juegue a desaparecer atrás de un trapo o de la madre.</p>	<p>El niño o niña intenta quitar el paño o mirar atrás de la madre. Responde al juego.</p>
<p>Pasa objetos de una mano a la otra mano</p> 	<p>Sentado en una superficie plana y segura o las piernas de la madre, dele un cubo o juguete para agarrar. Observe si el niño lo transfiere de una mano a la otra. Si no lo hace, ofrezca otro cubo frente al niño y observe.</p>	<p>El niño o niña pasa el primer cubo a la otra mano.</p>
<p>Duplica sílabas</p> 	<p>Sentado en una superficie plana y segura o las piernas de la madre, observe si durante la consulta el niño repite sílabas: “dada”, “mama”, “papa”. Si no lo ha hecho, platique con él y pregunte a la madre si lo hace en casa.</p>	<p>El niño o niña duplica sílabas o la madre dice que lo hace.</p>
<p>Se sienta sin apoyo y/o gatea en manos y rodillas</p> 	<p>Sentado en una superficie plana y segura o en las piernas de la madre, entréguele un chin-chin o una taza en las manos y observe si consigue quedarse sentado sin apoyo.</p>	<p>El niño o niña consigue mantenerse sentado con un objeto en las manos, sin apoyo.</p>

De 12 a 15 meses

Comportamiento	Posición del niño o niña y prueba	Respuesta esperada
<p>Imita gestos</p> 	<p>Sentado en una superficie plana y segura o en las piernas de la madre, pregunte si su niño o niña ya aplaude, dice adiós, tira besos u otro gesto. Frente al niño haga uno de estos gestos y observe si el niño lo imita. Si no lo hace, pídale a la madre que lo estimule y pregúntele si lo hace en casa.</p>	<p>El niño o niña imita los gestos o la madre dice que lo hace en casa.</p>
<p>Pinza superior con dedos pulgar e índice</p> 	<p>Sentado en una superficie plana y segura o en las piernas de la madre, coloque encima de una mesa o en la palma de su mano un objeto pequeño y estimule al niño a agarrarlo. Observe.</p>	<p>El niño o niña agarra el objeto pequeño haciendo un movimiento de pinza, con su dedo pulgar e índice.</p>
<p>Jerga o jerigonza</p> 	<p>Sentado en una superficie plana y segura o en las piernas de la madre, observe si el niño produce una conversación consigo mismo, aunque no se entienda lo que dice. Si no lo hace, pregunte a la madre si el niño platica en casa.</p>	<p>El niño o niña emite sonidos como de una plática consigo mismo o la madre reporta que lo hace en casa.</p>
<p>Camina con apoyo</p> 	<p>Pare al niño o niña apoyado en un mueble o la pierna de la mamá. Estando el niño de pie pídale a la mamá que le ofrezca apoyo, como la mano o una silla y lo estimule a caminar.</p>	<p>El niño o niña gatea y/o da algunos pasos con apoyo.</p>

De 15 a 18 meses

Comportamiento	Posición del niño o niña y prueba	Respuesta esperada
<p>Hace gestos a pedido</p> 	<p>Sentado en una superficie plana y segura o en las piernas de la madre, pregúntele a la madre qué gestos hace el niño (aplaudir, decir adiós, tirar besos). Pídale al niño que lo haga y observe. Si no lo hace, pídale a la madre que lo estimule.</p>	<p>El niño o niña hace el gesto que se le pide o la madre reporta que lo hace en casa.</p>
<p>Coloca cubos en un recipiente</p> 	<p>Sentado en una superficie plana y segura o en las piernas de la madre, coloque tres cubos y una taza frente al niño. Verifique que el niño esté atento y cuando esté viendo agarre los cubos y échelos en la taza, diciendo lo que está haciendo. Saque los cubos de la taza y pídale que lo haga. Puede haber hasta tres demostraciones e intentos.</p>	<p>El niño o niña coloca al menos un cubo dentro de la taza y lo suelta.</p>
<p>Dice una palabra además de papá o mamá</p> 	<p>Sentado en una superficie plana y segura o en las piernas de la madre, observe si el niño dice alguna palabra. Si no lo hace, pregúntele a la madre cuántas palabras dice el niño o niña y cuáles son.</p>	<p>El niño dice por lo menos una palabra que no sea “papá” o “mamá”.</p>
<p>Camina sin apoyo</p> 	<p>Ponga al niño o niña de pie. Pídale a la madre que lo estimule a caminar. Observe caminar al niño.</p>	<p>El niño o niña ya camina, con buen equilibrio y sin apoyarse.</p>

De 18 a 24 meses

Comportamiento	Posición del niño o niña y prueba	Respuesta esperada
Identifica dos objetos 	Sentado en una superficie plana y segura o en las piernas de la madre, coloque tres objetos (crayón, pelota y taza) sobre una mesa o colchoneta, uno al lado del otro frente al niño. Pregúntele al niño “¿Dónde está la pelota?”. Si el niño agarra o muestra otro objeto, tome el objeto correcto y póngalo de vuelta en su lugar. Solicite nuevamente que le muestre otro objeto.	El niño o niña señala o alcanza al menos 2 objetos nombrados.
Garabatea espontáneamente 	Sentado en una superficie plana y segura o en las piernas de la madre, coloque una hoja de papel en blanco y un crayón o lápiz sobre la mesa o en el suelo frente al niño. Puede poner el crayón en la mano del niño para estimularlo a garabatear, pero sin demostrarle lo que debe hacer.	El niño o niña raya el papel con el crayón de manera intencional. No considere garabatos aquellos hechos accidentalmente, por golpear el papel con el crayón.
Dice tres palabras además de papá o mamá 	Sentado en una superficie plana y segura o en las piernas de la madre, observe si el niño o niña dice palabras en forma espontánea. Si no lo hace, pregúntele a la madre cuántas palabras dice y cuáles son.	El niño o niña dice tres palabras que no sean “papá”, “mamá”, ni el nombre de algún miembro de la familia o de animales que convivan con él, o la madre informa que lo hace.
Camina para atrás 	Estando el niño o niña de pie, observe si camina para atrás. Si no lo hiciera, pídale al niño que abra la puerta y observe si el niño camina para atrás.	El niño o niña da dos pasos para atrás sin caerse, o la madre informa que lo hace en su casa.

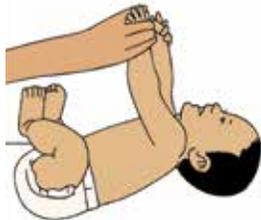
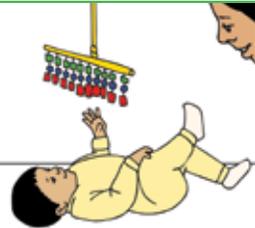
Clasificación del desarrollo de 2 a 24 meses

EVALÚE	CLASIFIQUE	ACTÚE
<ul style="list-style-type: none"> Cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño o niña y no hay factores de riesgo 	DESARROLLO TÍPICO	<ul style="list-style-type: none"> Felicite a la madre, padre o encargado(a) Oriente* a la madre, padre o encargado para que continúe con la estimulación oportuna de su hijo o hija Dé seguimiento en consulta mensual Indique las señales de peligro para volver antes
<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de una o más condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño o niña El niño o niña cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece, pero hay uno o más factores de riesgo 	DESARROLLO TÍPICO CON FACTORES DE RIESGO o ALERTA PARA EL DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> Oriente* a la madre, padre o encargado sobre la estimulación oportuna de su hijo o hija Dé cita para una consulta de seguimiento en 15 – 30 días Indique las señales de peligro para volver antes
<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de una o más condiciones para el grupo de edad anterior a la edad del niño Perímetro cefálico entre mayor de +2DE y menor de -2DE Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas 	PROBABLE ATRASO DEL DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> Indique a la madre, padre y/o encargado(a) sobre el motivo de la referencia Refiera para evaluación por especialista(s) Registre en el SIGSA

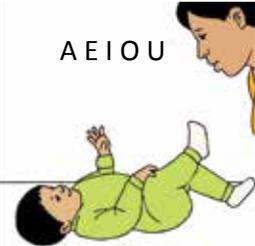
ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO

Estimulación oportuna por grupo de edad

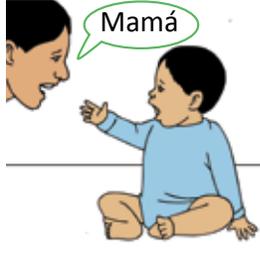
De 0 a 3 meses

MOTOR GRUESO	MOTOR FINO	LENGUAJE	HABILIDADES
			
<ul style="list-style-type: none">• Masajee en forma circular su cabecita y frente• Masajee su cuerpo de arriba hacia abajo, en los brazos y las piernas	<ul style="list-style-type: none">• Ponga su dedo en la mano para que lo apriete; hágalo con las dos manos• Jálelo suavemente de las manos para que haga fuerza y sostenga el cuello	<ul style="list-style-type: none">• Aprenda a distinguir su llanto• Llámelo por su nombre• Háblele con palabras cortas• Imite sus sonidos o vocalizaciones (aaa, eee, gugu)	<ul style="list-style-type: none">• Cuelgue objetos de colores a 20 cm sobre su cabeza y muévalos para que los siga con la vista

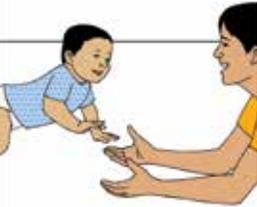
De 3 a 6 meses

MOTOR GRUESO	MOTOR FINO	LENGUAJE	HABILIDADES
		<p data-bbox="996 436 1104 463">A E I O U</p> 	
<ul style="list-style-type: none">• Hágle ejercicios de brazos y piernas• Acuéstelo boca abajo para que levante su cabeza	<ul style="list-style-type: none">• Enséñele a batir sus manos y aplaudir• Dele objetos para que se los lleve a la boca	<ul style="list-style-type: none">• Platique con su bebé• Imite sus sonidos o vocalizaciones (gugu, dada)	<ul style="list-style-type: none">• Juegue al escondite con él• Haga ruido fuera de su campo de visión para que localice el sonido

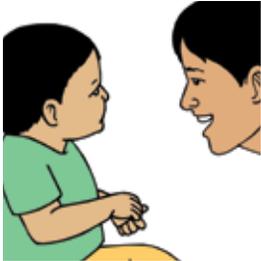
De 6 a 9 meses

MOTOR GRUESO	MOTOR FINO	LENGUAJE	HABILIDADES
			
<ul style="list-style-type: none">• Trate que se siente con apoyo y sin apoyo• Estimúlelo a gatear sobre una superficie limpia (por ejemplo, un petate o un plástico en el suelo, aparte o separado de los animales)	<ul style="list-style-type: none">• Dele objetos para tocar, jugar, explorar, hacer ruido y que se los pase de una mano a la otra	<ul style="list-style-type: none">• Imite sus vocalizaciones, como “dada”, “mama”, “papá”• Platique con su bebé, dígame todo lo que hace• Pregúntele dónde está un objeto para que señale o lo toque	<ul style="list-style-type: none">• Ayúdelo a darse vuelta• Señale animales y haga sus sonidos; luego pregunte: “¿Dónde está ...?”, “Cómo hace el ...?”

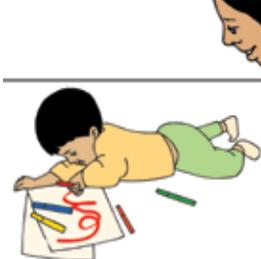
De 9 a 12 meses

MOTOR GRUESO	MOTOR FINO	LENGUAJE	HABILIDADES
			
<ul style="list-style-type: none">• Póngalo a gatear, arrastrarse y pararse con apoyo	<ul style="list-style-type: none">• Dele pedacitos de pan o tortilla para que lo tome con sus dedos• Haga gestos de aplaudir, decir adiós con la mano y pídale que lo haga	<ul style="list-style-type: none">• Platique con su bebé de todo lo que hace en casa• Cuénteles cuentos cortos• Ponga música y cánteles	<ul style="list-style-type: none">• Enséñele a tomar de una taza, a usar una cuchara, a usar un peine u otro objeto

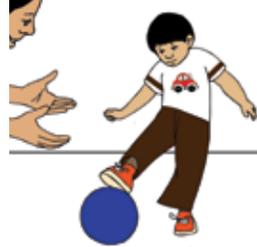
De 12 a 15 meses

MOTOR GRUESO	MOTOR FINO	LENGUAJE	HABILIDADES
			
<ul style="list-style-type: none">• Ayúdele a caminar con apoyo y luego déjelo(a) que camine solo	<ul style="list-style-type: none">• Deje que se alimente con sus manos y luego con cuchara	<ul style="list-style-type: none">• Repita palabras y nombres de las personas, animales y cosas• Platíquese de todo lo que hace	<ul style="list-style-type: none">• Enséñele a jugar, a soplar, a hacer torres con cubos o trastes de cocina

De 15 a 18 meses

MOTOR GRUESO	MOTOR FINO	LENGUAJE	HABILIDADES
			
<ul style="list-style-type: none">• Déjelo(a) que camine solo, para adelante, y para atrás con ayuda	<ul style="list-style-type: none">• Dele objetos de diferentes tamaños para que encaje un objeto dentro de otro	<ul style="list-style-type: none">• Pídale al niño o niña objetos diversos llamándolos por su nombre• Dígale verbos como dar, traer, soltar, soplar y demuéstrelle cómo hacerlo para que lo repita	<ul style="list-style-type: none">• Dele crayón y papel para que pinte• Enséñele a jugar con cubos o trastes de cocina, pelota, rompecabezas y libros

De 18 a 24 meses

MOTOR GRUESO	MOTOR FINO	LENGUAJE	HABILIDADES
			
<ul style="list-style-type: none">• Ayúdele a subir gradas, trepar y bajar las gradas gateando• Ayúdele a dar unos pasos para atrás	<ul style="list-style-type: none">• Dele masa para que juegue con sus manos a hacer bolas, tortillas, gusanos	<ul style="list-style-type: none">• Platíquese y pregúntele de lo que usted y él o ella hace y de lo que está pasando• Enséñele canciones sencillas y canten y bailen	<ul style="list-style-type: none">• Juegue pelota: tirarla, atraparla, patearla, correr detrás de ella• Dele crayón y papel para que pinte

Sección VI con información adaptada de:

MSPAS y ASDI. Orientación Integral a la familia y la comunidad. Alta Verapaz, Guatemala: sin fecha.

Organización Panamericana de la Salud.

Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Washington, D.C.: OPS, Segunda edición, 2011.

UNICEF. Guía de Estimulación Oportuna “Primeros Mil Días”. Guatemala: sin fecha.

INSTITUCIONES DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE CASOS

 COMUNITARIO	 PRIMER NIVEL	 SEGUNDO NIVEL	 TERCER NIVEL
<ul style="list-style-type: none"> • Comadronas • Promotores de salud • Comité Comunitario de Desarrollo (COCODE) y encargado de la Comisión de Salud • Líderes religiosos • Líderes comunitarios • Director de escuela y maestros • Padres de familia • Pastor de iglesia • Dueños de transporte que colaboren • Policía Nacional Civil (PNC) • Comités de madres guías 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal del puesto de salud (MSPAS) • Extensionista del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA) • Educadora del Ministerio de Desarrollo (MIDES) • Promotor(a) de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) • Guarderías • Estudiantes en Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal del Distrito Municipal de Salud (MSPAS) • Municipalidad • Oficina Municipal de la Mujer (OMM) • Comité Municipal de Desarrollo (COMUDE) • Delegado del MAGA • Delegado del MIDES • Delegado de la SESAN • Delegado de las Secretarías de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de diagnósticos privados • Laboratorios privados • Clínicas privadas • Hospitales privados • Ministerios (MSPAS, MAGA, MIDES) • Secretarías (SESAN) • Iglesias • FUNDABIEM • Universidades • Bomberos voluntarios • Cruz Roja • Gobernación y diputados • Medios de comunicación locales (radio, TV)



COMUNITARIO	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
	<ul style="list-style-type: none">• Bomberos• Madres guías• Club de embarazadas• Representantes de CARITAS, Pastoral de la Salud y otras instituciones y organizaciones no gubernamentales (ONG) y proyectos• Comité de Emergencias Locales	<ul style="list-style-type: none">• Centros de Recuperación Nutricional (CRN)• Delegado de Fundación para el desarrollo de Guatemala (FUNDESA)• Oficina de Derechos Humanos• Policía Nacional Civil (PNC)• Bomberos• Clínicas privadas• Asilo de ancianos• Laboratorios• Clubes de embarazadas en los Distritos Municipales de Salud	<ul style="list-style-type: none">• Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)• Hospitales de referencia: Roosevelt, San Juan de Dios. Rodolfo Robles• Hospital de Infantil de Infectología y Rehabilitación• Organizaciones no gubernamentales (ONG)• Asociación de Capacitación y Asistencia Técnica en Educación y Discapacidad (ASCATED)• Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad (CONADI)





