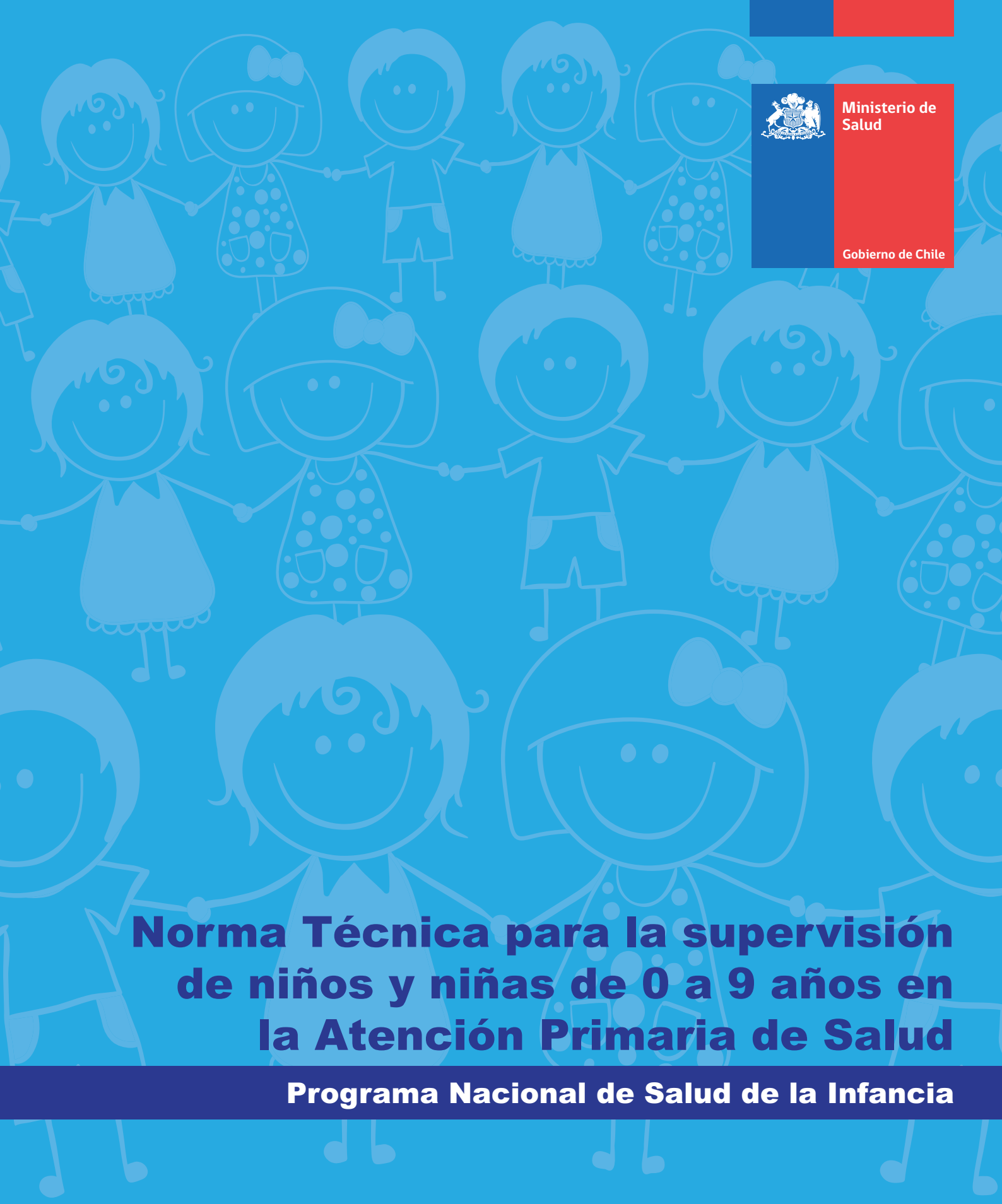


Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud

Programa Nacional de Salud de la Infancia

Editora
Dra. Heather Strain Henkes.-

Coeditores
Dr. Carlos Becerra Flores.-.
Ps. Carolina Castillo Ibarra.-
EU. Bárbara Leyton Cárdenas.-
Dra. Sylvia Santander Rigollet.-

Edición
Jose Luis Moncada Campos

Diseño y Diagramación
Ágora Diseño Valparaíso

ISBN: 978-956-348-058-8
Número de Propiedad Intelectual: 242298
Norma Técnica Nº1 66, Resolución Exenta Nº 336, 22 de mayo de 2014.

Alejandra Cortázar	Psicóloga, Unicef.
Alex Mellado	Biólogo Marino, Ministerio de Salud.
Alfonso Cox	Psicólogo, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.
Ana María Cabezas	Médico Cirujano, Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río.
Andreina Cattani	Endocrinología Infantil, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Angélica Ibañez	Traumatólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Camila Lucchini	Enfermera, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Carlos González	Psicólogo Infantojuvenil, Universidad de Chile.
Carlos Saavedra	Traumatólogo Infantil, Hospital San Borja Arriarán.
Carlos Sahie	Nefrólogo Infantil, SOCHIPE.
Carmen Cano	Pediatra, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Carmen Navarrete	Médico, Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río.
Carolina Mendoza	Odontóloga, Ministerio de Salud.
Carolina Sanhueza	Pediatra, Hospital Padre Hurtado.
Cecilia Moraga	Psicóloga, Ministerio de Salud.
Cecilia Moya	Enfermera, Ministerio de Salud.
Cecilia Reyes	Enfermera, Ministerio de Salud.
Cecilia Zuleta	Psicóloga, Ministerio de Salud.
Claudia Arancibia	Enfermera, Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda.
Claudia Arellano	Médico Familiar, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
Claudia Carvajal	Odontóloga, Ministerio de Salud.
Claudia Zamora	Psicóloga, Ministerio de Desarrollo Social.
Cristian Cofré	Nutricionista, Ministerio de Salud.
Cristian García	Radiólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Daniela Vergara	Nutricionista, Servicio de Salud Biobío.
Diego Ossandón	Oftalmólogo, Hospital Roberto del Río.
Enrica Pittaluga	Neonatóloga, Hospital Barros Luco.
Erika Quiroz	Médico, Servicio de Salud Metropolitano Central.
Felipe Arriet	Psicólogo, Ministerio de Salud.
Francisca Mansilla	Fonoaudiológa, Hospital Barros Luco.
Francisca Marquez	Enfermera, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Francisca Morales	Psicóloga, Unicef.
Gisela Zillmann	Cirujano Dentista, Universidad de Chile.
Hernán Soto	Fonoaudiólogo, Ministerio de Salud.
Iván Armijo	Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Ivonne Dapremont	Neonatóloga, Hospital Barros Luco.
Jaime Silva	Nutricionista, Ministerio de Salud.
Jan Paul Wilhelm	Infectólogo, Clínica Alemana.
Javier Briones	Periodista, Dirección General de Movilización Nacional.
Javiera Corvalán	Médico Familiar, Ministerio de Salud.
Javiera Martínez	Médico Salubrista, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Javiera Vivanco	Fonoaudióloga, Ministerio de Salud.
Jorge Orellana	Pediatra, Hospital Clínico San Borja Arriarán.
José Novoa	Neonatólogo, Hospital Padre Hurtado.
Juan Carlos Bahamondes	Traumatólogo Infantil, Hospital San Borja Arriarán.
Juan Carlos Flores	Pediatra, Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río.
Juan Ilabaca	Nutricionista, Servicio de Salud Metropolitano Sur.
Laura Caballero	Médico, Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Leandro Carbullanca	Profesor de Educación Física, SEREMI de la Región Metropolitana.
Lidya Tellería	Endocrinologa y pediatra, Hospital San Juan de Dios.
Lorena Rodríguez	Pediatra, Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN), Ministerio de Salud.
Lorena Soto	Psicólogo Infantojuvenil, Universidad de Chile.
Lucía Vergara	Enfermera, Ministerio de Salud.
Luisa Shonhaut	Neuróloga infantil, Clínica Alemana.
Luz Durango	Médico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
Macarena Lizama	Pediatra, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Macarena Silva	Psicóloga, Ministerio de Desarrollo Social.
Marcela Contreras	Ingeniero Comercial, Ministerio de Salud.
Marcia Guzmán	Educadora de Párvulos, Servicio de Salud Metropolitano Central.
Marco Reyes	Pediatra, Servicio de Salud Metropolitano Sur.
María Eugenia Ávalos	Pediatra, Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río.
María Ignacia Eugenin	Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile.
María Inés Brugal	Pediatra, Pontificia Universidad Católica de Chile.
María Paz Araya	Psicóloga, Ministerio de Salud.
María Paz Lavín	Enfermera, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
Mario Zanolli	Oftalmólogo, Clínica Alemana.
Maritza Rahal	Otorrinolaringóloga, Hospital Barros Luco.
Marlene Vogel	Oftalmóloga, Universidad de Chile.
Mauricio Field	Cirujano Infantil, Hospital Militar.
Michel Royer	Otorrinolaringólogo, Calvo Mackenna.
Minal Belani	Médico Cirujano, Universidad de los Andes.
Miriam González	Matrona, Ministerio de Salud.
Mónica Galanti de la Paz	Nefróloga Infantil, Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río.
Natalia Dembowski	Psicóloga, Ministerio de Salud.
Natalia Dinamarca	Nutricionista, Ministerio de Salud.
Natalia Tamblay	Otorrinolaringóloga, Hospital San Borja Arriarán.
Natalie Rodríguez	Pediatra, Complejo Asistencial Roberto del Río.
Nelson Vargas	Pediatra, Universidad de Chile.
Pamela Burdiles	Matrona, Ministerio de Salud.
Pamela Burgos	Enfermera, Ministerio de Salud.
Pamela Correa	Profesora de Educación Física, Instituto Nacional del Deportes.
Pamela Rojas	Médico Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Paola Pontoni	Enfermera, Ministerio de Salud.
Pascal Pagola	Matrona, Clínica Alemana.
Patricia Llanquitur	Enfermera, Servicio de Salud Metropolitano Sur.
Patricia Mena	Neonatóloga, Hospital Barros Luco.
Patricia Valenzuela	Pediatra, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Paula Andrés	Médico Familiar, CESFAM Salvador Bustos.
Paula Bedregal	Médico Salubrista, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Paula Silva	Odontóloga, Ministerio de Salud.
Pía Vallejos	Otorrinolaringóloga, Hospital Militar y del Hospital FACH.
Pilar Monsalve	Médico Familiar del Niño, Ministerio de Salud.
Pilar Pinto	Enfermera, Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Raúl Valenzuela	Kinesiólogo, Ministerio de Salud.
Roberto Raimann	Traumatólogo Infantil, Hospital San Borja Arriarán.
Rolf Raimann	Oftalmólogo, Fundación Oftalmológica los Andes.
Rosa Antilef	Enfermera, Hospital Clínico San Borja Arriarán.
Rosa Silva	Enfermera, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
Rosario Moore	Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile
Roxana Buscaglione	Médico, Hospital Intercultural de Hanga Roa
Salesa Barja	Nutrióloga, Pontificia Universidad Católica de Chile
Teresa Soto	Administradora Pública, Ministerio de Salud
Verónica Valdés	Pediatra, Pontificia Universidad Católica de Chile
Xenia Benavides	Nutricionista, Ministerio de Salud
Ximena Morlans	Médico Familiar del niño, Servicio de Salud Metropolitano Central

Nuestros agradecimientos a todas las personas que hicieron posible este documento y también a aquellas que trabajan día a día para mejorar la salud y calidad de vida de los niños las niñas y sus familias.

ÍNDICE

CARTA DE BIENVENIDA 10
INTRODUCCIÓN 11

CAPÍTULO I:
GENERALIDADES DEL CONTROL DE SALUD DEL NIÑO O NIÑA 12
1. Componentes del Control de Salud Infantil 14
Historia clínica o anamnesis 14
Examen físico 16
Diagnósticos 16
Plan de trabajo con la familia 17

CAPÍTULO II:
ÁREAS ESPECÍFICAS DE EVALUACIÓN DURANTE LA SUPERVISIÓN DE SALUD 19
1. Evaluación psicosocial de niños y niñas 20
Factores protectores en la infancia 21
Factores de riesgo en la infancia 22
Evaluación e intervención de factores de riesgo psicosociales y familiares. 22

2. Evaluación nutricional 27
Antropometría 27
Interpretación de los valores de talla, peso, circunferencia craneana y de cintura 32
Consideraciones en la evaluación nutricional de niños y niñas con necesidades especiales 37

3. Evaluación del desarrollo puberal 40
Secuencia del desarrollo puberal 40
Grados Tanner 42

4. Toma de presión arterial 46
Interpretación de la presión arterial pediátrica y conductas a seguir 46

5. Evaluación oftalmológica 49
Procedimiento para la realización del examen visual 49
Antecedentes de importancia que requieren evaluación por especialista 56

6. Evaluación auditiva 57
Evaluación de hipoacusia 58

7. Evaluación ortopédica 64
Displasia del desarrollo de cadera 65
Escoliosis 67
Genu valgo 68
Genu varo 69
Pie plano 69
Marcha 71
Características de un zapato adecuado 74

8. Evaluación de genitales 75
En los niños 75
En las niñas 78

9.Salud bucal 79
Examen físico de boca y faringe 80
Erupción de los dientes según edad 82
Recambio dentario 84
Criterios de derivación 85
Pauta de evaluación bucodentaria para niños y niñas de 0 a 6 años 85

CAPÍTULO III:
CONTROLES DE SALUD INFANTIL POR EDAD 83
Recién nacidos y nacidas 85
Control de la Diada 86
Control de Salud Infantil al primer mes de vida 94
Lactante Menor 104
Controles de Salud Infantil de los 2, 3, 4 meses 106
Consulta Nutricional de los 5 meses de vida 115
Lactante Medio 120
Controles de Salud Infantil de los 6 y 8 meses 122
Lactante Mayor 133
Controles de Salud Infantil de los 12 y 18 meses 135
Preescolar 145
Controles de Salud Infantil de los 2, 3 y 4 años 147
Consulta de Salud Bucal de los 2 y 4 años 158
Consulta Nutricional de los 3 años 6 meses 163
Escolar (5 a 9 Años) 168
Control de Salud Infantil de los 5, 6, 7, 8 y 9 años 171
Consulta de Salud Bucal de los 6 años 186

CAPÍTULO IV: CONTROL DE SALUD EN SITUACIONES ESPECÍFICAS 208
1. NANEAS de baja complejidad en la Atención primaria de salud 213
Objetivos y esquema de atención en APS 214
Ingresos de NANEAS 216
Actividades de Seguimiento de NANEAS 233

2. Prematuros en la atención primaria de salud 236
Prestaciones del nivel terciario a prematuros 238
Prestaciones del nivel primario y secundario post alta 239
Atención en nivel primario de salud al prematuro 245
Actividades y consideraciones complementarias al seguimiento de niños y niñas prematuros 252

CAPÍTULO V: ASPECTOS TRANSVERSALES A CONSIDERAR DURANTE LA REALIZACIÓN DEL CONTROL DE SALUD 261
1. Alimentación y suplementación 261
Lactantes de cero a seis meses 261
Alimentación entre los seis a doce meses 265
Alimentación entro los ocho meses a doce meses 267
Alimentación entro los doce a veinticuatro meses (de uno a dos años) 268
Alimentación preescolar (dos a cinco años) 268
Alimentación escolar (seis a nueve años) 269
Suplementación: alimentación complementaria, vitaminas y minerales 269

2. Actividad Física 273
Lactantes de 0 a 2 meses 273
Lactante menor 2 a 6 meses de edad 273
Lactante de 7 a 12 meses 274
Lactante de 12 a 24 meses 274
Preescolar 2 a 5 años de edad. 275
Escolar de 6 a 9 años de edad 275

3. Orientaciones de crianza 277
Apego y estilos 277
Manejo del llanto y consuelo efectivo 281
Manejo de la frustración (pataletas) 285

4. Inmunizaciones en la infancia 288
Vacunas programáticas 289
Campañas de inmunización ministeriales 298
Esquemas de vacunación incompletos 299
Administración simultánea de múltiples vacunas 301
Timerosal en vacunas 302

5. Prevención de accidentes y seguridad 305
Trasporte seguro de niños y niñas en automóviles 305
Uso de casco seguro 307
Prevención de asfixia por inmersión 308
Prevención de asfixia por obstrucción de la vía aérea y ahorcamientos 308
Prevención de quemaduras 309
Prevención de intoxicación por venenos y medicamentos 310
Seguridad al dormir y prevención de muerte súbita 311
Prevención de caídas 312
Tenencia de armas en el hogar y entrega responsable 313
Prevención de abuso sexual (preescolares y escolares) 313
Seguridad al usar internet 314
Seguridad con animales 315
Reanimación cardiopulmonar (RCP) 315
Pauta de seguridad en el Infantil 318

6. Problemas de salud mental frecuentes en la infancia 319
Bullying o matonaje 319
Maltrato infantil 321
Abuso sexual infantil 325
Trastorno hipercinético o Trastorno de la atención (THA) 327
Trastorno disocial desafiante y oposicionista 329
Trastorno de ansiedad de separación en la infancia 331
Trastorno de ansiedad generalizada de la infancia 331

7. Garantías Explícitas en Salud (GES) 333
Patologías del prematuro 333
Enfermedades congénitas y malformaciones 334
Patologías del recién nacido 335
Salud oral 335
Enfermedades agudas de la infancia 335
Enfermedades crónicas 335
Oncológicas 338
Oftalmológicas 339
Urgencias infantiles 339
Traumatología 340
Salud mental 341

8.Salud ambiental infantil 341
Prestadores de la salud 343
Salud ambiental infantil en Chile 343

Bibliografía 347

ANEXOS 317
1. Interpretación de los valores antropométricos de niños y niñas de 0 a 5 años 318
2. Interpretación de los valores antropométricos de niños y niñas de 6 a 10 años 328
3. Curvas OMS de peso, talla e índice de masa corporal para niños, niñas y adolescentes de 5 a 19 años 333
4. Curvas de crecimiento intrauterino nacionales (Prematuros) 336

5. Presión arterial 338
6. Pautas de evaluación bucodentaria para niños y niñas de 0 a 6 años 342
7. Guía de indicación de fototerapia en RN ≥ 35 semanas de gestación 346
8. Componentes del programa vida sana 347
9. Aplicación de instrumentos de evaluación en controles estándar de salud infantil 348
10. Score de riesgo de morir por neumonía 349
11. Protocolo de evaluación de neurodesarrollo 350
12. Escala de depresión post-parto de Edimburgo 355
13. Escala de Massie Campbell 357
14. Pauta Breve de evaluación del DSM 360
15. Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso 361
16. EEDP: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor: 0 a 2 años 362
17. TEPSI: Test de desarrollo psicomotor 2 a 5 años 369
18. Pauta de seguridad infantil 373
19. Cuestionario de Salud Infantil de 5 a 9 años 375
20. Test de conners abreviado 381
21. HEADSSS 384
22. Escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT 386
23. Material de apoyo para prevención y promoción de la salud para NANEAS 388
24. Materiales a entregar o verificar su entrega 389
25. Red de servicios para el apoyo en la para la salud, crianza y desarrollo de niños y niñas 390

Índice de Tablas

Tabla 1: Intervenciones en promoción del desarrollo 28
Tabla 2: Tipología de riesgos en la infancia que afectan el desarrollo integral de niños y niñas 29
Tabla 3: Interpretación del índice talla para la edad 37
Tabla 4: Diagnóstico nutricional integrado de niños y niñas de 0 a 5 años 11 meses y 29 días 38
Tabla 5: Calificación Nutricional según IMC 39
Tabla 6: Criterios para diagnóstico síndrome metabólico (Cook Modificados) 40
Tabla 7: Tablas de crecimiento según peso al nacer de niños y niñas prematuros 41
Tabla 8: Clasificación de la adecuación peso/edad gestacional según Curva de Crecimiento Intrauterina 41
Tabla 9: Medición Longitud Brazo, Tibia y Talón 43
Tabla 10: Conductas a seguir según percentil de presión encontrado
(luego de las tres tomas consecutivas en caso de sospecha de prehipertensión o hipertensión etapa 1). 50
Tabla 11: Niveles de audición según umbral 59
Tabla 12: Antecedentes conductuales ausentes asociados a hipoacusia 60
Tabla 13: Rendimiento de test de tamizaje de hipoacusia 63
Tabla 14: Edad media erupción de piezas temporales 79
Tabla 15: Edad media erupción de piezas permanentes 80
Tabla 16: Clasificación de las Necesidades 194
Tabla 17: Criterios de inclusión al grupo de NANEAS de baja complejidad 196
Tabla 18: Ingreso de niños y niñas con necesidades especiales de salud de baja complejidad 199
Tabla 19: Recomendación de frecuencia mínima, profesional y tiempo de
consulta destinado para la supervisión de salud de NANEAS de baja complejidad. 213
Tabla 20: Corrección de edad según prematurez 218
Tabla 21: Atenciones a prematuros extremos, moderados y tardíos según edad corregida o cronológica 219
Tabla 22: Calendario de Controles, Consultas y Vistas Domiciliares a Prematuros Extremos. 221
Tabla 23: Calendario de Controles, Consultas y Vistas Domiciliares a Prematuros Moderados y Tardíos 222
Tabla 24: Esquema de distribución PNAC prematuros extremos según condición de lactancia 230
Tabla 25: Velocidad de crecimiento de prematuros hasta los dos años 232
Tabla 26: Esquema de distribución PNAC Básico 245
Tabla 27: Esquema de distribución PNAC Refuerzo 246
Tabla 28: Resumen con las concentraciones de vitamina D según laboratorio y producto: 246
Tabla 29: Clasificación de vacunas 258
Tabla 30: Aplicación simultanea de vacunas, según tipo. 268
Tabla 31: Concentración de Timerosal en Vacunas 270
Tabla 32: Recomendaciones para padres sobre prevención de muerte súbita, según nivel de evidencia. 277

Índice de Figuras

Figura 1: Evaluación de la vulnerabilidad psicosocial 23
Figura 2: Medición de talla lactantes 28
Figura 3: Medición de talla escolares 28
Figura 4: Variación de medición según estatímetro 29
Figura 5: Medición de peso hasta 16 kg. 29
Figura 6: Medición de peso mayor a 16 kg. 29
Figura 7: Medición del perímetro craneano 30
Figura 8: Huesos, suturas y fontanelas del menor de 3 años 30
Figura 9: Medición perímetro de cintura 31
Figura 10: Cambio de las proporciones corporales dese el feto de 2 meses hasta el individuo adulto (Robbins WJ y Cols) 33
Figura 11: Estimación de la talla a través de la medición de la tibia 38
Figura 12: Otoscopio con (izquierda) y sin ventana (derecha) 50
Figura 13: Oftalmoscopio 50
Figura 14: Rojo pupilar normal. 51
Figura 15: Rojo pupilar anomal. 51
Figura 16: Test de Hirschberg 52
Figura 17: Cover test 53
Figura 18: Tabla de Tumbling E 55
Figura 19: Posición de la “E” con los dedos 55
Figura 20: Tabla de Snellen 56
Figura 21: Posición recomendada para realizar examen auditivo en lactantes mayores o preescolares 60
Figura 22: Hipoacusia sensorioneural con mayor compromiso del oído izquierdo 62
Figura 23: Hipoacusia de conducción del oído izquierdo 62
Figura 24: Curvas de Impedanciometría 63
Figura 25: Radiografía de pelvis con luxación. La cadera derecha anormal (<30º), lado izquierda normal 67
Figura 26: Test de Adams positivo (con escoliosis) 68
Figura 27: Genu valgo 68
Figura 28: Genu varo 69
Figura 29: Maniobra presionar primer dedo del pie hacia el empeine 70
Figura 30: Maniobra talones levantados 70
Figura 31: Desarrollo de la marcha 71
Figura 32: Evaluación para descartar criptorquidia 76
Figura 33: Fimosis 76
Figura 34: Quiste de esmegma 77
Figura 35: Sinequia 78
Figura 36: Boca 79
Figura 37: Evaluación de labios, mejillas y encías (de arriba abajo) 81
Figura 38: Evaluación de dientes, piso de boca y frenillos (izquierda a derecha) 81
Figura 39: Evaluación de la faringe 82
Figura 40: Esquema arcadas dentarias con dientes temporales. 83
Figura 41: Progresión de coloración amarilla de la piel y correlato con niveles séricos de bilirrubuna 106
Figura 42: Sonda al pecho 264
Figura 43: Sonda al dedo 264
Figura 44: Vasito 264
Figura 45: Composición de un almuerzo o cena de un preescolar 268
Figura 46: Pirámide de actividad física para niños y niñas de 6 a 9 años 276
Figura 47: Correcto trasporte de niños y niñas en automóviles 306
Figura 48: Casco seguro 307
Figura 49: Maniobra para desatorar a lactantes. 309

BIENVENIDA

El compromiso de transformar a nuestro país en una nación desarrollada y socialmente integrada, implica múltiples desafíos para toda la sociedad chilena. Uno de ellos, de carácter estratégico y por lo tanto crucial, es asegurar que todos los niños y niñas, sin distinción, tengan condiciones que permitan el máximo desarrollo de sus potencialidades y capacidades, en un marco de respeto y garantía de sus derechos fundamentales.

La normativa para la supervisión de salud de niños y niñas de cero a nueve años busca contribuir al logro de este compromiso, fortaleciendo la calidad de la atención brindada a niños, niñas y sus familias, representando un pilar estratégico para el desarrollo de una atención de salud enfocada en el curso de vida.

Confiamos que el documento que aquí se presenta, dirigido a todos los profesionales que realizan la supervisión de salud de niños y niñas, contribuya a generar una sociedad más sana, desde los primeros años de vida.



Dra. Helia Molina Milman
Ministra de Salud

Introducción

Este documento está dirigido a todos los profesionales y técnicos de salud vinculados con el Programa Nacional de Salud de la Infancia, ya sea a través de la gestión o atención de niños y niñas de 0 a 9 años. Tiene como propósito contribuir a mantener los logros de salud alcanzados en las últimas décadas en infancia y seguir avanzando en mejorar la calidad de vida de niños y niñas con un enfoque de equidad.

El objetivo general de este documento, es brindar a la SEREMI de Salud y la Red Asistencial de Salud el marco técnico del Programa Nacional de Salud en la Infancia de 0 a 9 años, actualizado al año 2012, centrado en *los estándares técnicos de supervisión de salud de niños y niñas en atención primaria de salud.*

Los objetivos específicos de este documento son entregar herramientas prácticas para:

- Realizar controles de salud con un enfoque promocional y preventivo, priorizando acciones basadas en evidencia por edad.
- Apoyar a padres, madres y cuidadores en el proceso de crianza para el fomento del desarrollo integral de sus hijos e hijas.
- Identificar anomalías o banderas rojas que puedan generarse o estar presentes en la infancia.
- Conocer los flujos de atención de niños y niñas con problemas de salud detectados, de acuerdo a las normativas vigentes.
- Incorporar el control de salud entre los seis y hasta los 10 años como parte de los controles habituales efectuados, con directrices técnicas estandarizadas.
- Integrar en forma progresiva a niños y niñas con necesidades especiales en salud, de bajo riesgo, a la atención primaria, brindando una atención integrada con los niveles de mayor complejidad.
- Acompañar y supervisar la trayectoria de desarrollo integral de niños y niñas.

Este documento se enmarca bajo las directrices y normativas vigentes del Ministerio de Salud.



CAPÍTULO I

GENERALIDADES DEL CONTROL DE SALUD DEL NIÑO O NIÑA

El control de salud es una actividad dirigida a promover la salud del niño y la niña en forma integral y detectar precoz u oportunamente cualquier anomalía o enfermedad que pudiera presentarse. A través de la supervisión de salud integral, se espera además acompañar el proceso de crecimiento y desarrollo integral de la población infantil, y en el caso de las familias con vulnerabilidad psicosocial, vincularlas con la cadena de servicios existentes tanto en la red asistencial de salud como en las redes comunales.

Los principios orientadores de los controles de salud son los siguientes [1]:



El niño y la niña son sujetos de derechos: La Convención de los Derechos del Niño [2] es el tratado internacional más ampliamente suscrito a nivel mundial. Este tratado establece un conjunto derechos que todo niño y niña tiene, los que le permitirán vivir y desarrollarse plenamente para lograr la mayor expresión de su potencialidad. A fin de especificar en mayor medida los derechos de niños y niñas durante la primera infancia (0 a 8 años de edad), el año 2005 se publicó la *"Observación General 7"* [3], en ella se enfatiza la importancia de que niños y niñas pequeños sean respetados como personas por derecho propio. Así también se establece que niños y niñas de este tramo etario «"…deben considerarse miembros activos de las familias, comunidades y sociedades, con sus propias inquietudes, intereses y puntos de vista". "En el ejercicio de sus derechos, tienen necesidades específicas en materia de cuidados físicos, atención emocional y orientación cuidadosa, así como en lo que se refiere a tiempo y espacio para el juego, la exploración y el aprendizaje social"». Para que estos derechos sean realidad, los Estados que han suscrito esta Convención, como hiciera Chile en 1990 [4], están obligados a revisar sus leyes, políticas y programas a fin de que ellas favorezcan el pleno cumplimiento de los derechos para cada niño y niña, sin discriminación de ningún tipo.

La atención es un proceso continuo: La atención de niños y niñas comienza desde la gestación (controles y talleres prenatales: estilos de vida saludables, cuidados prenatales, lactancia materna, vista a la maternidad, etc.), continúa con el nacimiento (acompañamiento de una persona significativa durante el proceso de parto, apego precoz piel a piel, alojamiento conjunto, etc.) y prosigue con el control de salud infantil en APS. En la edad escolar, la escuela y el centro de salud asumen en conjunto el rol de velar por la salud integral del niño o niña. La continuidad del proceso de atención permite desarrollar un vínculo entre la familia, el niño o la niña y el equipo de salud. El seguimiento continuo facilita el desarrollo de un plan de trabajo dinámico, flexible y acorde con las necesidades de cada familia, en el que es posible priorizar, ejecutar y evaluar en forma periódica las dificultades, aprendizajes y logros.

Cada familia y persona es única: Cada familia y persona que la compone tiene características que las hacen irrepetibles. Por esta razón, el control de salud debe considerar dichas particularidades para lograr un mejor impacto. El desafío para el equipo de salud es adaptar los conocimientos, la evidencia científica y las normativas a cada persona y su entorno, con el fin de lograr los mejores resultados.

El niño o niña es parte de una familia:las personas y las familias forman parte de un sistema complejo, con dimensiones biopsicosociales y emocionales indisolubles, que interactúan determinando su salud. Lo que le ocurre a un miembro impacta en toda la familia (enfoque sistémico).

El niño o niña es parte de un contexto social: La evidencia actual muestra que la salud de una persona está estrechamente vinculada con los determinantes sociales de la salud. Dichos determinantes tienen que ver, por ejemplo, con el ingreso y nivel socioeconómico familiar; las redes de apoyo social; el nivel educacional de los padres; las condiciones medioambientales donde el niño o niña vive; las condiciones de empleo de los cuidadores principales, las condiciones de la escuela (o jardín infantil o sala cuna) donde el niño o niña asiste; la capacidad para el autocuidado en salud que el niño o niña y la familia poseen, la carga genética, el acceso a servicios de salud, el género y factores culturales.

El desarrollo infantil temprano es determinante en el bienestar biopsicosocial futuro de cada persona: Los primeros años de vida son críticos para el óptimo desarrollo y expresión de potencialidades de cada uno. En este período existen ventanas únicas para el desarrollo de habilidades emocionales, sociales, motoras, sensoriales, de desarrollo de lenguaje, entre otras. El equipo de salud debe invertir en acompañar y potenciar dichas habilidades desde la gestación hasta los 10 años. El Sistema de Protección Integral a la Infancia (Chile Crece Contigo) está orientado a potenciar dicho desarrollo y su correcta implementación debe ser un requisito básico en los equipos de salud, debiendo complementarse con todas aquellas acciones orientadas al desarrollo armónico, integral y en las mejores condiciones posibles para cada niño o niña [5, 6].

La mayor responsabilidad del cuidado es de cada persona y su familia: El equipo de salud es un acompañante en el proceso de crecimiento y desarrollo integral de niños y niñas. Su rol es la escucha activa a los padres, madres y/o cuidadores principales, el seguimiento de la trayectoria de crecimiento, la detección de problemas y anticipación de ellos a nivel biopsicosocial y la oportuna intervención de riesgos o daños. Las indicaciones y plan de trabajo deben ser consensuados con la familia y acordes al contexto cultural en el que están insertos cuando esto no perjudique al niño o niña, ya que es la familia la única capaz de mejorar su estado de salud.

La atención debe ser diferenciada según los problemas detectados: El equipo de salud se verá enfrentado a familias con distinto nivel de vulnerabilidad y tiene el deber de entregar atenciones diferenciadas según los riesgos y factores protectores detectados en cada una. Esto puede condicionar que el rendimiento del control pueda ser mayor o menor a lo indicado en la normativa (aunque el centro de salud debe realizar su programación con los rendimientos estipulados, esto solo es válido a nivel individual).

Privilegiar un enfoque anticipatorio, promocional y preventivo: Los equipos de salud deben estar atentos a desarrollar acciones promocionales y preventivas, según la realidad nacional, de la comunidad, la familia y la persona. Es deber del equipo anticiparse a los posibles problemas de salud y promover acciones dirigidas al desarrollo armónico de los niños y niñas de su comunidad, empoderando al conjunto de la familia en el cuidado de su salud integral.

Cada control es una oportunidad: Las familias son unidades cambiantes y dinámicas y cada encuentro con el equipo de salud debe considerar el momento que la familia está viviendo y vincularlo a los encuentros anteriores y los avances en el plan de trabajo. Además en la medida que los niños y niñas crecen, asisten menos a los centros de salud, por lo que cada encuentro es una ocasión para identificar potenciales riesgos, fortalecer factores protectores y realizar las intervenciones que sean pertinentes a cada familia [7].

1. COMPONENTES DEL CONTROL DE SALUD INFANTIL

El control del niño y la niña tiene una estructura que es transversal durante el ciclo, que incluye anamnesis, examen físico, diagnóstico e indicaciones.

HISTORIA CLÍNICA O ANAMNESIS

La historia clínica debe estar siempre centrada en las inquietudes de la madre y el padre, así como en las características individuales de cada niño, niña y su familia. Es importante iniciar la entrevista identificándose como profesional y saludar en forma agradable y apropiada a su edad. Al comenzar la historia clínica se debe establecer cuál es el motivo de consulta y las inquietudes, tanto de los cuidadores principales como del propio niño o niña tan pronto como pueda contribuir a la anamnesis. Dichas inquietudes son medulares para orientar el examen físico y realizar las indicaciones [8].

El o la profesional de la salud debe escuchar atentamente las inquietudes y preguntas de la madre, padre y/o cuidador principal del niño o la niña, luego debe completar la historia clínica con sus propias preguntas. Durante toda la entrevista conviene privilegiar las preguntas abiertas que invitan a hablar a la familia, evitando dirigir la respuesta o emitir juicios de valor. Es importante que en todo momento el o la profesional

identifique las emociones que el niño, la niña o la familia despiertan en él o ella, para manejarla y utilizarla en pro de la evaluación [8].

El padre debe ser incluido en todo el proceso de atención, tanto en la citación previa como durante el control, haciéndole preguntas o hablándole directamente. Si no va, preguntar por qué.

Los equipos de salud deben considerar que al abrir temas en la anamnesis, se generan expectativas en la familia, es por esto que todos los tópicos abiertos durante esta deben tener un cierre en el momento de las indicaciones [8].

a) Evaluación del contexto familiar y psicosocial del niño y la niña

Dentro de la anamnesis se debe considerar que el contexto familiar en el que el niño o la niña vive es determinante de su salud. Existen numerosos estudios que demuestran que aunque exista indemnidad biológica en la infancia, un ambiente desfavorable puede enlentecer el ritmo del desarrollo, restringiendo la capacidad de aprendizaje del sujeto [9]. Es por ello que el profesional de salud debe conocer la composición de cada familia; cómo son las relaciones entre sus miembros; qué actividades desarrollan; cuál es la disposición emocional de los miembros hacia el niño o la niña; cuáles son sus creencias y tradiciones; si existen estresores recientes; si alguno de los miembros tienen alguna enfermedad crónica, etc. Todos estos factores constituirán el contexto familiar y psicosocial del niño o la niña, el cual influenciará potentemente sus posibilidades de desarrollo y crecimiento.

El desarrollo infantil es un proceso de cambios continuos, sucesivos y progresivos que experimenta el individuo durante su crecimiento, en el que confluyen y se interrelacionan factores biológicos, ambientales y sociales. Este proceso de caracteriza por la adquisición de una identidad física, psicológica y social que equilibre las necesidades del niño o la niña con las del contexto social y ambiental en que está inserto. El resultado de este proceso puede describirse en distintas áreas de desarrollo físico, cognitivo, emocional y social [10].

Dentro de la anamnesis, se debe considerar si la familia pertenece a grupos de vulnerabilidad biospicosocial, detectados por el Sistema de Protección Social, tanto para la primera infancia Chile Crece Contigo (a través de la EPsA u otro instrumento) como Chile Solidario (a través de la Ficha de protección social) y si está recibiendo beneficios o las atenciones correspondientes.

Desde el primer control prenatal o en la etapa preconcepcional, ya se puede obtener una panorámica de la familia, utilizando las herramientas de evaluación de la dinámica familiar. Estas herramientas nos permitirán obtener los factores de protección y de riesgo de la familia para el crecimiento y desarrollo del niño o la niña (Ver subsección; “Evaluación psicosocial de niños y niñas”, Capítulo 2).

EXAMEN FÍSICO



La observación del niño o niña nos entrega importante información respecto de su estado de salud, crecimiento, nutrición, comportamiento y sociabilidad e interacción con sus cuidadores principales.

El examen físico debe tener concordancia con la edad del niño o la niña que consulta, siempre debe ser respetuoso, utilizando el método más amigable posible.

Independientemente de la edad, se debe explicar cada procedimiento a realizar tanto al niño o la niña como a sus padres o cuidadores principales, con un lenguaje simple, cercano y veraz. En niños y niñas pequeñas se recomienda realizar al menos la primera parte del examen físico en brazos o sentado en la falda de la persona adulta acompañante. También es aconsejable comenzar con la observación y luego, si corresponde, proceder a la auscultación de áreas críticas (pulmonar y cardíaco), dejando lo más invasivo o lo más atemorizante (examen de boca, pesar y medir), para el final. En niños y niñas más grandes se debe ser muy respetuoso con el pudor que ellos y ellas puedan tener, facilitando que puedan vestirse en la medida que se completa el examen.

A pesar de que los puntos clave a examinar en cada control se encuentran descritos en forma detallada en esta norma según la edad del menor a examinar, SIEMPRE el criterio del clínico y las necesidades de cada niño o niña y su familia son los que imperan a la hora de realizar un examen físico, no pudiendo minimizarse solamente a lo que está escrito en esta normativa, dado que en esta solo se establece un estándar base de las actividades a realizar en la población infantil.

DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico individual de cada niño y niña debe incluir los siguientes cinco ejes:

Nutricional: Definir el diagnóstico nutricional integrado de acuerdo a las normativas vigentes del MINSAL. En este apartado debe estipularse además si el niño o la niña presenta una talla fuera de los parámetros normales para la edad, así como también perímetro de cintura, craneano y desarrollo puberal, cuando corresponda.

Desarrollo integral (motriz, cognitivo, lenguaje y socioemocional): El diagnóstico debe considerar el desarrollo psicomotor y emocional, de acuerdo a los instrumentos vigentes y a la evaluación de la madre, padre y/o cuidadores y profesionales.

Problemas de salud detectados: Se detallan los problemas de salud detectados en orden de prioridad biomédica.

Diagnóstico familiar: Incluye situación de la familia, el momento del ciclo vital en el que está la familia y problemas de salud biopsicosocial de los miembros de esta que puedan afectar la salud de niños y niñas.

Diagnóstico social/determinantes sociales/otros (salud ambiental, vulnerabilidad psicosocial, otros): Incluir consideraciones sociales, ambientales y otros aspectos relevantes de considerar desde la evaluación de la salud.

En el control del recién nacido o nacida y su madre (diada) los diagnósticos difieren de los descritos anteriormente, dada las particularidades y necesidades en este período.

PLAN DE TRABAJO CON LA FAMILIA

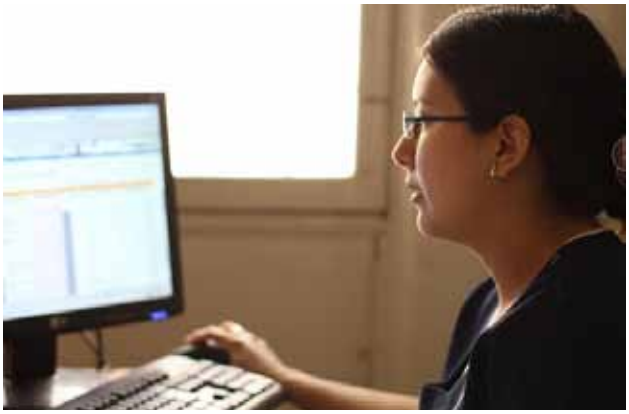
De acuerdo con lo encontrado en la anamnesis, evaluación psicosocial familiar y el examen físico, se procede a generar un diagnóstico integral de salud, el que debe ser compartido con la familia y con el niño o la niña. Luego se debe acordar un plan de trabajo y conductas a seguir las cuales se irán desarrollando a lo largo del documento.

Para las indicaciones es siempre necesario:

- Consensuar un plan de trabajo, respetuoso con la realidad de cada familia.
- Explicar cada indicación o recomendación a la familia y cuando sea posible al niño o la niña.
- Hacer un resumen claro por escrito en el cuaderno de salud de niñas y niños que debe discutirse con la familia.
- Evaluar la necesidad de interconsulta con otros profesionales, dentro o fuera del centro. Las interconsultas deben ir acompañadas siempre por un documento escrito que explique el motivo esta. También es importante considerar las dificultades que la propia familia pueda tener para acceder al especialista o al profesional, a fin de aumentar la asistencia a ella.
- Cuando sean necesarias intervenciones con el equipo de salud, por ejemplo, análisis del caso en reunión de sector, visitas domiciliarias integrales debe ser informado y consensuado con la familia.
- Se debe informar a la familia en forma oral y escrita de la fecha del siguiente control de salud y se debe explicar la importancia que dicho control específico reviste.
- Es importante explicar, en forma práctica, cómo acceder a los beneficios y prestaciones asociadas al control realizado por ejemplo entrega de fármacos; entrega de productos de los programas alimentarios; vacunación; entrega de material de estimulación de ChCC).
- Informar y vincular a las familias con los beneficios existentes en la red intersectorial de la comuna (del sistema de Chile Crece Contigo, talleres municipales, etc).
- Las indicaciones deben tener un enfoque anticipatorio, promocional y preventivo, considerando al niño o la niña y su familia.
- Las recomendaciones para niños y niñas siempre deben incluir: alimentación saludable y apropiada, según sus requerimientos nutricionales y realidad económica; estimulación del desarrollo psicomotor y socioemocional; formación de hábitos saludables y prevención de riesgos y accidentes (cada uno de ellos en cada control según la edad del niño o la niña).
- Las recomendaciones para la familia deben considerar la dinámica familiar, los cambios normativos, las crisis no normativas, la necesidad de autocuidado, las redes de apoyo, los sentimientos del padre y la madre en relación a la crianza y otros factores que puedan ser determinantes para el bienestar familiar y el cuidado en la infancia.
- A la familia, siempre debe ofrecérsele participar de actividades individuales o grupales existentes en el centro o en la comunidad que aumenten la percepción de competencia y bienestar familiar, por ejemplo, taller Nadie es Perfecto de ChCC.

Todas las acciones, diagnósticos, tratamientos e indicadores deben ser consignados en la ficha clínica del niño o la niña, para permitir el seguimiento de los hallazgos o complementariedad en los tratamientos indicados por otros profesionales que estén en contacto con el niño o la niña. Esto incluye control de la diada, control sano, consulta nutricional y control de salud bucal.

Además, se debe entregar a la familia el diagnóstico, tratamientos e indicaciones por escrito, de modo que puedan tener un registro.





CAPÍTULO II

ÁREAS ESPECÍFICAS DE EVALUACIÓN DURANTE LA SUPERVISIÓN DE SALUD

Cada área de evaluación del control de salud infantil posee diferentes implicancias que deben ser consideradas al momento de realizar el control, como las variables psicosociales de la familia, la edad del niño o niña al momento del control, la oferta de intervención ante la pesquisa oportuna, entre otros.

Dentro de las áreas de evaluación que se revisará a continuación se encuentran:

1. Evaluación psicosocial de niños y niñas.
2. Evaluación nutricional.
3. Evaluación del desarrollo puberal.
4. Toma de presión arterial.
5. Evaluación oftalmológica.
6. Evaluación auditiva.
7. Evaluación ortopédica.
8. Evaluación de genitales.
9. Evaluación bucal.





1. EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DE NIÑOS Y NIÑAS

El Modelo de Atención Integral en Salud en Chile ha sido definido como *«el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural».*

Este modelo plantea el desafío de comprender al ser humano en su complejidad biopsicosocial, lo que implica no perder de vista la interdependencia existente entre la salud física, el bienestar mental y la influencia de factores socio-ambientales, inherentes a la historia y vivencia personal, como lo son la calidad de la vivienda y de los barrios, factores medioambientales, oportunidades y condiciones educativas, calidad de la alimentación recibida, disponibilidad de medios de transporte, oportunidades de desarrollar actividades deportivas y recreativas, relaciones familiares y redes sociales, calidad de servicios de salud, entre otros [11].

Cada familia posee diferentes dinámicas y estilos de crianza que requieren una mirada integral para el despliegue de las actividades y prestaciones en salud. Al mismo tiempo, cada familia posee diferentes factores protectores y factores de riesgo, que pueden ser dados tanto por la dinámica propia de la familia como por el contexto social en el que se encuentra inserta, estos factores deben ser analizados por los equipos de cabecera en los diferentes Centros de salud al momento de diseñar planes de intervención.

Cada control de salud infantil es una oportunidad tanto para la familia como para los equipos de salud, en el que se presentarán diferentes instancias para identificar los factores de riesgo que pudieran alterar el óptimo crecimiento y desarrollo durante la infancia.

FACTORES PROTECTORES EN LA INFANCIA

La identificación de los factores protectores está desarrollada en el marco de la promoción del desarrollo integral del niño y la niña. La promoción de la salud consiste en proveer a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano. De esta manera, el foco de la promoción de la salud es la acción social y la educación comunitaria en favor de la salud integral de niños y niñas.

Existen **factores protectores internos,** que están relacionados con su proceso evolutivo y le permiten desarrollar al niño o la niña herramientas para lograr un óptimo bienestar psicológico y social. Dentro de estas se identifican: habilidades sociales; autoestima; capacidad para resolver problemas; autocontrol; autonomía; creatividad; sentimiento de control u seguridad o empoderamiento; sentimiento positivo frente a la vida; respeto por sí mismo y por los otros.

Los **factores protectores externos** permiten optimizar las influencias ambientales para alcanzar el mejor desarrollo físico y emocional de niños y niñas, familias y comunidades. Dentro de éstos se identifican: espacios de participación social; para el juego; relación con la naturaleza; relaciones interpersonales positivas; responsabilidad y tolerancia social (no estigmatizar); respeto de los derechos; apoyo de familia y amigos; apoyo social; redes sociales comunitarias.

Las intervenciones destinadas a la familia, en esta categoría estarán destinadas a actividades en el ámbito comunitario o a grupos primarios de apoyo a los cuidadores o a la comunidad[1].

Tabla 1: Intervenciones en promoción del desarrollo

Para niños y niñas	Para la Familia o grupo primario de apoyo	Comunidad
- Fomentar interacciones vinculares. - Juego solitario, pares y con padres. - Favorecer el contacto con el entorno físico. - Refuerzo de la autoestima. - Lactancia materna - Ingreso a modalidades de estimulación ChCC.	- Desarrollo de habilidades parentales y resolución no violenta de conflictos. - Facilitar el acceso a programas de empleabilidad y conocimiento de los derechos en seguridad social. - Identificar inequidades de género.	- Promoción de hábitos de vida saludable en plazas, escuelas, jardines infantiles, especialmente en áreas de lactancia materna y disminución de la obesidad infantil. - Desarrollo de espacios de arte, juego, contacto con la naturaleza, animales y medio ambiente. - Participación de la familia en el desarrollo local. - Acceso de la familia a servicios de educación (salas cunas, jardines infantiles). - Elaboración de estrategias comunitarias en conjunto con equipos de salud. Se sugiere usar la Guía de apoyo a la promoción del desarrollo infantil y estrategias comunitarias ChCC".

Fuente: Manual de apoyo al desarrollo biopsicosocial de niños y niñas de 0 a 6 años (MINSAL, 2008)

FACTORES DE RIESGO EN LA INFANCIA

A lo largo de la atención de salud tanto de la familia como del niño y la niña con enfoque de curso de vida, especialmente en los controles prenatales y controles de salud infantil, se podrán identificar los diferentes factores de riesgo en la infancia que pudieran influir en el óptimo crecimiento y desarrollo infantil.

El **factor de riesgo** es la característica o cualidad de un sujeto o comunidad, que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud.

Los factores de riesgo son sujeto de intervención en el área de la prevención de problemas del crecimiento y desarrollo psicosocial infantil. Uno de los objetivos de la prevención es reducir la incidencia de problemas en el desarrollo, y su población objetivo son los subgrupos de la población general expuestos a factores de riesgo o a condiciones ambientales adversas, presentan una patología o sufren discriminación.

Los factores de riesgo pueden ser clasificados como: riesgos biológicos, riesgos del medioambiente y riesgos establecidos, a saber:

1 Existen además diferentes estrategias efectivas para la promoción del desarrollo, Ver: "Manual de apoyo al desarrollo biopsicosocial de niños(as) de 0 a 6 años" (Minsal, 2008) & "Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil" (ChCC, 2012).

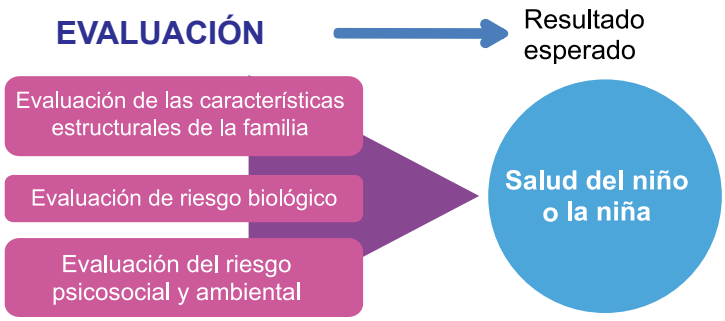
Tabla 2: Tipología de riesgos que afectan el desarrollo integral de niños y niñas

Biológicos	Medioambiente	Establecidos
- Bajo peso al nacer, por retardo del crecimiento intrauterino o por prematuridad. - Hipoxia durante el período perinatal. - Oxigenoterapia intensa y prolongada en prematuros (riesgo de retinopatía). - Retardo del crecimiento en el primer o segundo año de vida. - Infecciones del sistema nervioso central. - Desnutrición. - Ingesta de drogas por la madre durante el embarazo.	- Bajo nivel socioeconómico (medido con indicadores habituales como: nivel laboral del padre y/o la madre, ingreso familiar, lugar y características de la vivienda, entre otros). - Bajo nivel de educación materna. - Bajo nivel de interacción padres-niño-niña y bajo nivel de estimulación en el hogar. - Madre adolescente. - Familia desintegrada, padres ausentes o con enfermedades crónicas, alcoholismo, enfermedad mental, violencia - intrafamiliar. - Falta de acceso a servicios de salud. - Eventos familiares estresantes. - Salud mental de la madre, especialmente depresión.	- En esta categoría se considera como riesgo establecido a niños y niñas que poseen alguna enfermedad crónica o alguna condición o capacidades diferentes (NANEAS) , como síndrome de Down, malformaciones congénitas, neurologicas, respiratorias crónicas, VIH entre otras.

Fuente : Manual de apoyo al desarrollo biosicosocial de niños y niñas de cero a seis años, MINSAL, 2008.

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES Y FAMILIARES.

La evaluación e intervención de los factores de riesgos biopsicosociales favorecerán el cuidado que se le otorgará a la familia y al niño o niña.



A continuación se ahondará en la evaluación de características estructurales de la familia y evaluación de riesgos psicosociales, los riesgos biológicos son tratados en extenso en las siguientes subsecciones de este capítulo.

a) Evaluación de las características estructurales de la familia

La evaluación de las características de la familia debe considerar los principios orientadores de los controles de salud, las particularidades del desarrollo infantil y las características propias de la familia como un sistema social complejo, único y dinámico. Los equipos de salud de la atención primaria de salud se encuentran en una situación privilegiada para evaluar a la familiar y su entorno, durante su curso de vida [12].

Existen distintos instrumentos que permiten evaluar las características de la familia, pero el genograma es el instrumento clínico práctico más utilizado por los equipos de atención primaria de salud. Este instrumento permite graficar la estructura y dinámica familiar y, a su vez, identifica el ciclo vital, componentes psicosociales, biomédicos y patrones familiares de repetición [12].

Otros instrumentos que permiten evaluar a las familias son los siguientes: Apgar familiar, ecomapa de la familia, línea de vida familiar, mapa de la familia y PRACTICE y FIRO[2].

Dentro de los factores de riesgo con evidencia, que influyen en el desarrollo y crecimiento se destacan los siguientes [13]:

1. Madre sin control de salud gestacional.
2. Gestante menor de 18 años y/o mayor de 40 años.
3. Presencia de ITS en gestante.
4. Consumo de fármacos sin prescripción médica durante la gestación.
5. Discapacidad física en gestante, madre, padre y/o cuidador principal.
6. Alteración de salud mental en gestante, madre, padre y/o cuidador principal.
7. Consumo de drogas, legales e ilegales en la gestante.
8. Consumo de drogas, legales e ilegales, en alguno de los cuidadores principales.
9. Consumo de drogas, legales e ilegales en algún integrante de la familia.
10. Violencia intrafamiliar.
11. Madre, padre y/o cuidador principal, privado de libertad.
12. Integrante de la familia con antecedentes de victimario en causa de maltrato infantil y/o abuso sexual.
13. Cuidador o cuidadora principal con menos de 8 años de educación y/o analfabeto.
14. Ningún integrante familiar con educación media completa.
15. Cesantía del jefe o jefa del hogar.
16. Vivienda precaria.
17. Hacinamiento del grupo familiar.
18. Cambios frecuentes de domicilio.
19. Familia sin acceso a centro de salud por ruralidad extrema.
20. Familia desvinculada de beneficios y/o programas sociales.
21. Familia sin acceso a espacios de recreación y cultura en su localidad.
22. Discriminación por pertenencia a comunidad indígena.

b) Evaluación del riesgo psicosocial y ambientales

La primera evaluación que se realizará al niño o niña comienza en el primer control prenatal de la madre, con la aplicación de la Escala de Evaluación Psicosocial (EPsA), la cual posee la identificación de aquellos riesgos presentes en la madre que pudieran impactar en el desarrollo infantil. La aplicación de esta escala junto con la evaluación de la estructura familiar servirán para realizar un plan integrado con la familia y favorecer la identificación de los factores protectores y de riesgo [8] [14].

Una vez nacido el niño o la niña se debe reevaluar la situación de riesgo detectada en la gestación y evaluar nuevas variables que afecten el crecimiento. Para ello, en los controles de salud infantil se integran evaluaciones específicas en determinadas edades, para detectar depresión en la madre, evaluación de

2 Se recomienda revisar las "Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar e Integral" (Minsal, 2013)

apego, test del desarrollo psicomotor, entre otras. Estas facilitarán la pesquisa de estos factores y oportuna intervención. Además de estas herramientas, es necesario que los equipos tengan en consideración los factores de riesgo individuales, sociales y medio-ambientales que a la luz de la evidencia afectan el desarrollo infantil, a saber [13] [15]:

1. Niño o niña sin controles de salud.
2. Niño o niña institucionalizada (que haya estado o lo esté en el presente).
3. Ausencia de cuidador estable.
4. Menor de 34 semanas de gestación o peso de nacimiento menor de 2.500 gr.
5. Enfermedad congénita en el niño o niña.
6. Enfermedad crónica en el niño o niña.
7. Alteración del desarrollo psicomotor (DSM).
8. Malnutrición por déficit en niño o niña.
9. Discapacidad física en el niño o niña.
10. Comportamiento alterado del sueño, alimentación y/o sedentarismo en el niño o niña.
11. Alteración de la salud mental en el niño o niña.
12. Niño o niña víctima de abuso sexual.
13. Niño o niña víctima de maltrato físico.
14. Niño o niña víctima de maltrato emocional o psicológico.
15. Niño o niña víctima de negligencia.
16. Antecedente de hermana o hermano víctima de maltrato infantil y/o abuso sexual.
17. Niño o niña sin acceso a educación por ruralidad extrema y/o sin vacante.
18. Niño o niña fuera del sistema escolar formal.
19. Niño o niña en condiciones habitacionales deficientes y/o carencia de vivienda.
20. Niño o niña viviendo cerca de un vertedero, fábricas o lugares con alta contaminación atmosférica (Ver subsección “Salud Ambiental infantil”, Capítulo 5).
21. Niño o niña viviendo en una población donde existe tráfico de drogas, prostitución, delincuencia, etc.

c) Manejo y derivación de factores de riesgo biopsicosociales y familiares.

Para abordar los factores de riesgo psicosociales y familiares, se sugiere que los equipos de salud establezcan rutinariamente entrenamientos para el desarrollo de habilidades para el establecimiento de relaciones de ayuda efectiva, reuniones de equipo de salud de cabecera para el manejo de los casos con riesgo, formación continua en temas vinculados al trabajo con familias altamente vulnerables, violencia de género, estrategias para el cambio de conductas, salud mental, etc, mantenerse continuamente conectados con la red de apoyo social intersectorial [16].

Para el manejo de casos de niños o niñas con riesgo psicosocial los equipos deben conocer **el Sistema de Protección a la Integral a la Infancia Chile Crece Contigo,** su funcionamiento a través de las Redes Comunales y la oferta de servicios del **Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial** que se entregan en el sistema público de salud[3]. Dicho programa se divide en cinco componentes, dos están dirigidos exclusivamente a entregar apoyo y complementar las atenciones que se entregan en el control de salud, a saber[4]:

- **Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña:** Conjunto de prestaciones dirigidas a todos los niños y niñas y sus familias que se atienden en el sistema público de salud, principalmente dirigido a prevenir tempranamente riesgos biopsicosociales y promocionar estilos de crianza asertiva.

  - Primer control de salud de la madre, padre y/o cuidador del hijo o hija de ingreso a la atención primaria.
  - Ingreso al control de salud infantil.
  - Control de salud con evaluación y seguimiento del desarrollo integral del niño o la niña.

3 Ver: Memoria cuatro años creciendo juntos (ChCC, 2010) & “Catálogo de prestaciones 2013: Programa de Apoyo al desarrollo biopsicosocial y Programa de apoyo al recién nacido” (MINSAL, 2013).

4 Ver “Catálogo de prestaciones 2013: Programa de Apoyo al desarrollo biopsicosocial y Programa de apoyo al recién nacido” (MINSAL, 2013).

- Intervención psicoeducativa grupal o individual para el desarrollo de competencias parentales para la crianza: taller Nadie es Perfecto.

- **Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad:** Conjunto de prestaciones dirigidas a niños y niñas que fueron detectados en situación de vulnerabilidad, rezago y/o déficit en su desarrollo integral.

  - Atención de salud al niño o niña en situación de vulnerabilidad y/o rezago en su desarrollo integral.
  - Atención de salud al niño o niña con déficit en su desarrollo integral.
  - Visita domiciliaria integral (VDI) para las familias de niños y niñas menores de cuatro años en situación de vulnerabilidad para su desarrollo biopsicosocial.
  - Modalidad de apoyo al desarrollo infantil en centros de salud (estimulación).

Ante niños y niñas con vulnerabilidad psicosocial o riesgo en el desarrollo psicomotor, se debe gatillar la oferta Chile Crece Contigo generando la derivación o la alerta según lo indicado en el catálogo de prestaciones, además se debe completar el formulario “Riesgo Biopsicosocial” del Sistema de Monitoreo y Seguimiento de Chile Crece Contigo[5], ante la aparición, variación o extinción de un riesgo detectado anteriormente.

Dentro de los riesgos ambientales que estén afectando la salud de niños y niñas, es necesario que se alerte a la SEREMI de Salud, responsable de ejecutar acciones para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente.

5 Ver plataforma Sistema de Monitoreo y Seguimiento Chile Crece Contigo: http://gestion.crececontigo.gob.cl/index.php



2. EVALUACIÓN NUTRICIONAL

El estado nutricional es el resultando de diferentes variables y del balance que se produce entre la ingesta y requerimiento de nutrientes. Durante los primeros años el diagnóstico y clasificación del estado nutricional es muy importante, dado que en esta etapa es donde se produce el mayor crecimiento, para lo cual es esencial una adecuada nutrición. Además en este momento se adquieren y consolidan los hábitos alimentarios, que aunque son modificables en etapas posteriores es en esta en donde son más moldeables.

Dentro de la evaluación nutricional se incluye la namnesis, antropometría y exámenes de laboratorio si así se requiere. En el control de salud infantil se realiza la recolección de antecedentes y antropometría.

ANTROPOMETRÍA

La antropometría es una técnica que consiste en evaluar el tamaño y proporción del cuerpo humano. En el período infantil para supervisar el crecimiento y estado nutricional se mide la talla, peso, perímetro craneano y perímetro de cintura, según corresponda para la edad.

Para realizar antropometría en el control de salud infantil es necesario que el box de atención cuente con los siguientes insumos básicos:

- Podómetro o infantómetro para medir la talla en menores de 3 años, cuando la talla sea < 100 cm.
- Estatímetro para medir la talla en mayores de 2 años.
- Balanza para lactantes hasta 16 kilos.
- Pesa de pie para infantes mayores.
- Huincha de medir inextensible para medir perímetro craneano y perímetro de cintura.

a) Medición de talla

Lactantes (cero a tres años)

- La talla debe ser medida con infantómetro (podómetro) de madera, hasta los tres años aproximadamente o cuando la talla sea < a 100 cm.
- El niño o niña debe estar en posición decúbito supino (acostado) y quedar totalmente paralelo al infantómetro, con el vértice de su cabeza tocando un extremo, las extremidades extendidas y ambos pies en flexión de 90º, apoyados en el tope inferior (Ver figura 2).



Figura 2: Medición de la talla de lactantes

Preescolares y escolares (3 a 10 años)

- La talla debe ser medida de pie, con el torso recto y la cabeza erguida, de espaldas a un estatímetro, idealmente de más de 23 cm de ancho.
- Es importante medir descalzo y sin pinches en el pelo o gorros que puedan alterar la estatura.
- Los pies deben estar paralelos con talones, nalgas, hombros en contacto posterior con el estatímetro (Ver figura 3).



Figura 3: Medición de talla de escolares

Es importante tener presente que la línea de medición puede variar según el estatímetro. En el estatímetro del ejemplo, si el escolar mide más de 130 cm, la forma correcta de interpretar la talla es consignar el número que queda inmediatamente por encima de la línea roja, 148 cm.



Figura 4: Variación de medición según estatímetro

En este ejemplo, en cambio, el niño o niña mide menos de 130. En este caso el valor de estatura es el que está por debajo de la línea roja, es decir 124 cm (Ver figura 4).

b) Medición de peso

- El niño o niña siempre debe pesarse sin ropa, ni zapatos. Puede tener su ropa interior después de los dos años.
- En menores de dos años o hasta los 16 kilos debe pesarse en una pesa para lactantes (Ver figura 5).

- Se recomiendan pesas análogas más que digitales, pues suelen ser más exactas y fluctuar menos ante los movimientos. Sin embargo, en caso de visitas domiciliarias puede ser recomendable contar con una balanza digital, por su menor peso, portabilidad y menor riesgo de descalibración asociada al traslado.
- En mayores de dos años, debe pesarse en una balanza vertical, con los pies en el centro de la plataforma (Ver figura 6).
- En el caso de infantes con excesivo temor a la pesa, una estrategia puede ser pesarlos en brazos de la madre o cuidador y luego descontar su peso.
- Las pesas deben ser calibradas periódicamente y llevar un registro de su calibración.



Figura 5: Medición de peso hasta 16 kg.



Figura 6:
Medición peso mayor a 16 Kg.

Cuando el niño o la niña no pueda mantenerse de pie, sea muy grande como para medir en balanza o no pueda sentarse en una balanza de silla, debe ser pesado en brazos de su cuidador o cuidadora, descontando luego el peso de este o esta.

c) Medición de perímetro craneano

La medición del perímetro craneano es parte del examen físico, y debe realizarse al menos hasta los tres años de edad.

- Debe usarse una huincha inextensible o metálica, para evitar errores derivados de la elongación de ella.
- La huincha debe pasar por encima de las cejas del niño (reborde ciliar) y por la zona más pronunciada occipital (protuberancia occipital).



Figura 7: Medición del perímetro craneano

Suturas, fontanelas y edad de cierre

Al evaluar la circunferencia craneana también es importante evaluar el cráneo del menor de 2 años para evaluar el proceso de cierre de las fontanelas, especialmente en aquellos casos en el que el perímetro craneano no es concordante con la talla.

El cráneo de un bebé está conformado por seis huesos craneales separados: el hueso frontal, hueso occipital, dos huesos parietales y dos huesos temporales (Ver figura 8). Las separaciones entre estos huesos son las fontanelas y suturas, las cuales permiten que la cabeza del bebé se adapte al canal del parto durante el expulsivo así como también permiten que el cerebro crezca y el cráneo se expanda durante su desarrollo [17].

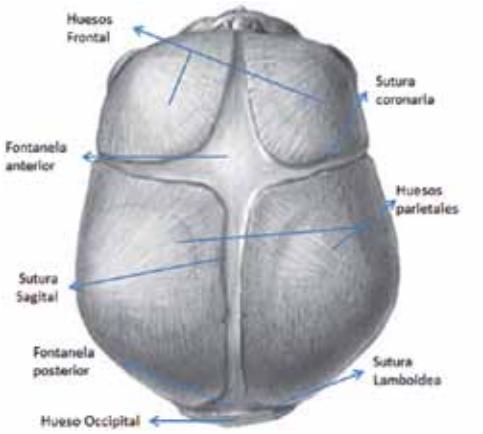


Figura 8: Huesos, suturas y fontanelas del menor de 3 años

La *fontanela anterior* (bregma) se encuentra entre los huesos parietales y el frontal, es blanda y pulsátil de tamaño de 1 a 4 cm, permanece blanda hasta alrededor de los dos años de edad [17] [18].

La *fontanela posterior* (lambda) se encuentra entre los huesos parietales y el occipital, es pequeña de forma triangular, habitualmente de menos de 1 cm, se cierra antes que la anterior, durante el primer y segundo mes de vida [17] [18].

Las *suturas* deben estar afrontadas, puede existir cierto grado de cabalgamiento y deben ser móviles hasta los 2 o 3 años [12] [18].

Las fontanelas y suturas deben ser evaluadas para descartar craneosinostosis, condición que se caracteriza por el cierre precoz de una o más suturas craneales, lo que produce un crecimiento y desarrollo anormal del cráneo [19]. Ocasionalmente la sutura sagital puede tener algunos milímetros de separación. La sutura escamosa (sutura del cráneo entre el hueso parietal y el hueso temporal) nunca debe presentar separación, si la hay, debe descartarse hidrocefalia [18].

d) Medición de perímetro de cintura

- Solicitar al niño o niña que se saque la ropa, quedando en ropa interior.
- Estando de pie, colocar la cinta métrica alrededor de la cintura y ubicarla a continuación por sobre la cresta ilíaca, pasando por encima del ombligo.
- Solicitar que la persona tome aire y luego exhale. Tomar la medida al final de la exhalación con el abdomen relajado y registrar la medición.
- Es ideal realizar una segunda medición con las mismas indicaciones anteriormente descritas y registrarla.
- Promediar ambas medidas [20] [21].



Figura 9:
Medición perímetro de cintura.

INTERPRETACIÓN DE LOS VALORES DE TALLA, PESO, CIRCUNFERENCIA CRANEANA Y DE CINTURA

Para la evaluación del peso, talla y perímetro craneano se utilizan los siguientes patrones de referencia:

- Talla, peso y circunferencia craneana en menores de hasta 6 años, se utilizan las curvas de la (Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Peso y talla en niños de 6 años y más, curvas del (Centers for Disease Control and Prevention - National Center for Health Statistics (CDC/NCHS).

Los indicadores que se obtienen a partir de la medición del peso, talla y circunferencia craneana son los siguientes:

Niños y niñas de 0 a 5 años (Ver anexo 1):

- Curva peso para la edad (P/E)
- Curva longitud o estatura para la edad (L/E o E/E).
- Curva relación peso para la longitud (P/L) o peso para la estatura (P/E) - e índice Porcentual Peso/Talla "IPT% [6]".
- Circunferencia craneana para la edad.

Niños y niñas de 6 a 10 años (Ver anexo 2):

- Tabla índice de masa corporal (IMC).
- Tabla Talla por edad.
- Tabla perímetro de cintura/edad.

a) Evaluación de talla

Para evaluar la talla de un niño o niña debe utilizarse el indicador talla para la edad (T/E). La talla para la edad es un buen reflejo de una dieta adecuada y de estado nutricional a largo plazo (se altera en forma más tardía que el peso). Puede mostrar un problema de salud crónico cuando está alterado, o ser secundario a una baja talla al nacer o determinado por la carga genética (talla baja familiar). Este índice es útil a toda edad, hasta completar el crecimiento.

Tabla 3: Interpretación del índice talla para la edad

Diagnóstico estatural	T/E (OMS), hasta los 5 años	T/E (NCHS) 5 a 10 años
Talla alta	>+2DS	>P95
Normal	+2DS A -2DS	P5 A 95
Talla baja	<-2DS	<P5

DS: Desviaciones estándar

Para interpretar la talla es siempre importante considerar la carga genética individual. La fórmula para determinar la talla final aproximada de niños y niñas según su carga genética es la siguiente:

- Talla niña: [(talla paterna-13)+talla materna]/2
- Talla niño: [(talla materna+13)+talla paterna]/2

El resultado de estas fórmulas se lleva a la curva de talla/edad al nivel de los 18 años y se ve si el canal de crecimiento del niño o la niña corresponde al que se ha calculado con los datos de ambos padres.

Cuando un niño o una niña tenga talla alta o baja y no se justifique por talla familiar, se debe derivar a médico para una eventual derivación a endocrinología, dando prioridad a aquellos que han caído de carril[7].

6 %IPT: (peso actual)*100/(p50 de peso para la talla observada)

7 Para la evaluación y manejo de un niño con talla baja, se sugiere consultar el Anexo 2: Manejo ambulatorio del niño(a) menor de 6 años con compromiso de talla. Disponible en la Norma de manejo de malnutrición por déficit y exceso en el menor de 6 años.

Al examinar la talla también es importante evaluar las proporciones corporales. La progresión del crecimiento encéfalo caudal. Eso quiere decir que al comienzo de la vida la cabeza tiene una gran proporción y que recién al final de la adolescencia se logra una proporción corporal y de extremidades similar a la de la vida adulta. Una alteración de ellas puede hablar de una genopatía o alguna alteración del tipo displasia ósea. Ante alteración de las proporciones corporales es fundamental la evaluación médica.

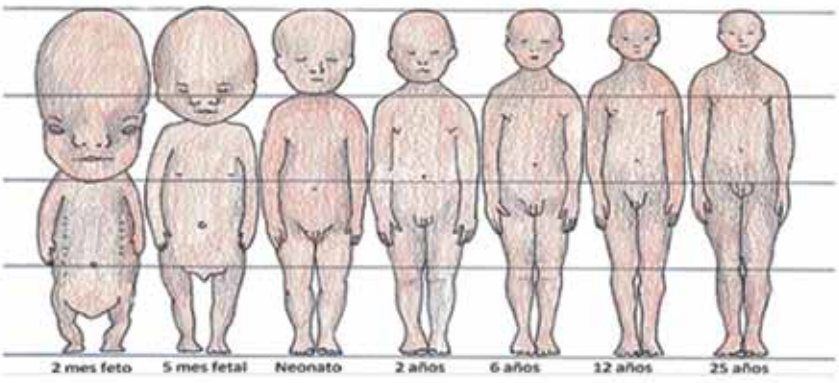


Figura 10: Cambio de las proporciones corporales dese el feto de 2 meses hasta el individuo adulto (Robbins WJ y Cols)

b) Evaluación de peso

La evaluación de peso varía según la edad del niño o la niña, a saber:

Evaluación nutricional en menores de 6 años

Para este grupo se deben utilizar las curvas OMS (menores de 5 años) y CDC/NCHS entre 5 y 6 años para la evaluación nutricional, según lo detallado en la normativa vigente [17] [18][8].

Tabla 4: Diagnóstico nutricional de niños y niñas de 0 a 5 años 11 meses y 29 días

Estado Nutricional	Menor de 1 año	P/T (OMS), entre 1 y 6 años*
Obesidad	P/T ≥ +2DS	P/T ≥ + 2DS
Sobrepeso	P/T entre +1DS a +2DS	P/T entre +1DS a +2DS
Eutrofia	P/E entre -1DS a +1DS	P/T entre -1DS a +1DS
Riesgo de desnutrir	P/E entre -1DS a -2DS	P/T entre -1DS a -2DS
Desnutrición	P/E ≤ 2DS	P/T o T/E ≤ -2DS

DS: Desviaciones estándar
*Entre los 5 y 6 años se usan las curvas CDC/NCHS, sin embargo se utilizan los mismos criterios de desviaciones estándar según la normativa vigente MINSAL para facilitar la interpretación y derivación.

Es importante recalcar que para el diagnóstico nutricional integrado es imprescindible analizar la evolución de la curva de crecimiento de cada niño y niña para ello es necesario graficar la evolución tanto en la ficha clínica como en el cuaderno de salud y no solamente considerar los rangos en los cuales el niño o la niña se encuentra, complementando con criterios clínicos y cuando sea necesario de laboratorio. Existen casos que por causas genéticas o constitucionales un niño o una niña puedan estar por encima o por debajo de la curva normal, sin constituir un problema de salud necesariamente. Un cambio de carril de peso/talla es siempre una señal de alerta, debiendo evaluar las causas, ya sea de un incremento o descenso. En niños y niñas entre los 6 meses y el año existen adecuaciones al canal de crecimiento debido a su carga genética adquiriendo su propio canal.

8 Actualmente en MINSAL se está evaluando el cambio de patrones de referencia a curvas OMS en mayores de 5 años y existe una alta probabilidad de incorporar dichas curvas, las cuales se encuentran en el Anexo 3 “Curvas OMS de peso, talla e índice de masa corporal para niños, niñas y adolescentes de 5 a 19 años”

Evaluación nutricional en niños y niñas entre 6 a 9 años

Para este grupo se deben utilizar las curvas de la CDC/NCHS corregidas por madurez biológica [23] y los siguientes indicadores[3]:

- Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/E) (Ver anexo 2), corregido por grado de maduración puberal "Estadío de tanner".
- Talla para la edad (Ver anexo 2).
- Perímetro de cintura (PC) (Ver anexo 2).

Índice de masa corporal (IMC)

Es el indicador que mejor se correlaciona con la cantidad de adiposidad y es consistente con los valores de IMC de la vida adulta. La normativa ministerial vigente recomienda su uso desde los 6 años. La fórmula de cálculo es la razón entre el peso (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la estatura (expresada en metros):

IMC = peso (en kilos) /talla2 (en metros)

La tabla de referencia se presenta cada seis meses. Las edades intermedias deberán aproximarse a la edad más cercana, según el siguiente ejemplo:

- De seis años a seis años dos meses: Usar la referencia de seis años.
- De seis años tres meses a seis años ocho meses: Usar la referencia de seis años y medio.
- De seis años nueve meses a siete años dos meses: Usar la referencia de siete años.

Cuando los niños son mayores de 10 años y niñas mayores de 8 años, el IMC es más preciso cuando se corrige y se interpreta el valor según la edad biológica (qué tan desarrollado está puberalmente un niño o niña) más que por la edad cronológica. La forma de corregir por edad biológica se basa en evaluar el desarrollo puberal y comparar su equivalencia con los diferentes estadios de Tanner según los datos de Burrows R. y Muzzo S. [24] [23]. La evaluación de los grados de Tanner puede ser consultada en la Sección "Desarrollo Puberal", dentro de este mismo capítulo [23].

El criterio de calificación según el IMC será el siguiente:

Tabla 5: Calificación nutricional según IMC.

Percentil IMC	Diagnóstico Nutricional
<p10	Bajo peso
p10 a p85	Normal
p85 a p95	Riesgo de obesidad
p>95	Obesidad

Además, deberán considerarse frente a un caso individual las siguientes señales de alarma:

- Cambio del canal de crecimiento del IMC en dos controles (por ejemplo, cambio del IMC desde el rango percentil 50-75 a percentil 75-85).
- Aumento del IMC > 1,5 puntos en seis meses.

Perímetro de cintura

Desde los 6 años la medición del perímetro de cintura es un indicador que permite diferenciar a aquellos niños y niñas con malnutrición por exceso con mayor riesgo, ya que existe una fuerte asociación entre el perímetro de cintura mayor al percentil 90 y eventos cardiovasculares en población adulta.

Ante el hallazgo de un perímetro de cintura mayor al p90, se pueden solicitar los siguientes exámenes para descartar síndrome metabólico:

- Colesterol total y triglicéridos (idealmente perfil lipídico).
- Glicemia en ayunas (idealmente con insulinemia basal).

Tabla 6: Criterios para diagnóstico síndrome metabólico (Cook Modificados)

Perímetro de cintura	p90
Presión arterial	p90
Triglicéridos	100 mg/dl
HDL	40 mg/dl
Glicemia	ayuno 100 mg/dl

Fuente: R. Mercado y V. Valdés, «Síndrome metabólico en la infancia y adolescencia» [25]

Ante un niño o niña con perímetro de cintura mayor a un percentil de 90, se recomienda derivación a Programa Vida Sana, de lo contrario se recomienda control médico, por enfermera, nutricionista o psicólogo, orientado a generar un estilo de vida saludable de alimentación y actividad física. Los tres pilares de la intervención son la actividad física, educación alimentaria nutricional y terapia de apoyo psicológico individual y familiar [26].

c) Evaluación del perímetro craneano

La medición del perímetro de cráneo o circunferencia craneana (CC) debe realizarse en todos los controles de salud infantil hasta los 3 años de vida, para interpretar los valores obtenidos se utilizan las tablas OMS de perímetro craneano para la edad (Ver anexo 1) corregido por talla, para no sobre o subestimar el tamaño de la cabeza y establecer la edad estatural y evaluar la CC para esa edad.[9] [10] se consideran normales las CC que se encuentran entre el percentil 5 y 95 corregidos por la talla.

Por ejemplo, imaginemos un niño de 12 meses de vida de 80 cm de estatura. A pesar de su edad, su talla corresponde a la de un niño de 16 meses (p 50 para 16 meses en tablas OMS). Al evaluar entonces el tamaño de su cabeza, tenemos que buscar en la tabla de circunferencia craneana para un niño de 16 meses.

El crecimiento cefálico anormal puede ser signo de patologías que requieren intervención, como hidrocefalia o craneosinostosis [27] [28]. Por lo tanto si se encuentra una micro o macrocefalia al corregir por talla, es fundamental la evaluación por un especialista neurólogo.

9 Ver Norma de malnutrición de manejo ambulatorio por déficit y exceso en el menor de 6 años, Minsal 2007

10 Ver Manual de apoyo al desarrollo biopsicosocial de niños(as) de 0 a 6 años, protocolo neurosensorial, Minsal 2008

CONSIDERACIONES EN LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES

a) Evaluación nutricional en niños y niñas prematuros

La evaluación nutricional en prematuro debe hacerse con Curvas Intrauterinas Nacionales (Ver anexo 4) hasta las 40 semanas y posteriormente se usan las curvas OMS para población general el año de vida corregido, según la siguiente tabla:

Tabla 7: Tablas de crecimiento según peso al nacer de niños y niñas prematuros

Edad gestacional al nacer	Uso de tablas de crecimiento
< de 32 semanas	Curvas intrauterinas nacionales (Alarcón - Pittaluga) hasta las 40 semanas de edad cronológica. Curvas OMS utilizando edad corregida hasta los 24 meses. Posteriormente usar curvas OMS con edad cronológica
32 – 33 semanas + 6 días	Curvas intrauterinas nacionales (Alarcón - Pittaluga) hasta las 40 semanas de edad cronológica. Curvas OMS utilizando edad corregida hasta los 12 meses. Posteriormente usar curvas OMS con edad cronológica
34 – 36 + 6 días	Curvas intrauterinas nacionales (Alarcón - Pittaluga) hasta las 40 semanas de edad cronológica. Curvas OMS utilizando edad corregida hasta los 12 meses. Posteriormente usar curvas OMS con edad cronológica.

Fuente: Elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido Alto Riesgo de la SOCHIPE y Programa Nacional de Salud de la Infancia MINSAL (2013).

Adicionalmente, según el peso y edad gestacional al nacer debe realizarse la clasificación de la adecuación peso/edad gestacional según Curva de Crecimiento Intrauterina:

Tabla 8: Clasificación de la adecuación peso/edad gestacional según Curva de Crecimiento Intrauterina

Adecuado para la edad gestacional (AEG)	El peso de nacimiento se encuentra entre el percentiles 10 y 90 de la curva de crecimiento intrauterina.
Pequeño para la edad gestacional (PEG)	El peso al nacer está por debajo del percentil 10 de la curva de crecimiento intrauterina.
Grande para la edad gestacional (GEG)	El peso al nacer está por sobre el percentil 90 de la curva de crecimiento intrauterina.

Fuente: Elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido Alto Riesgo de la SOCHIPE y Programa Nacional de Salud de al Infancia MINSAL (2013).

Debe recordarse que algunos de estos niños y niñas han estado críticamente enfermos o han sido pequeños para la edad gestacional, deteriorando su estado nutricional significativamente. Esto puede determinar un cambio epigenético generando un metabolismo ahorrativo y riesgo de enfermedades no trasmisibles en la adultez [24]. La evolución nutricional debe ser seguida cuidadosamente, evitando el sobrepeso y obesidad, vigilando su velocidad de crecimiento sin pretender acelerarla.

Respecto a la velocidad de crecimiento, se debe tener en especial consideración que algunos prematuros y prematuras pueden demorar más de 24 meses en alcanzar los promedios estándares de niños y niñas no prematuros. En aquellos que no estén eutróficos después de los 24 meses, pero que llevan una buena velocidad de crecimiento, las intervenciones deben estar focalizadas en evitar la alimentación excesiva, dado el riesgo de malnutrición por exceso.

b)Evaluación nutricional en niños y niñas con necesidades especiales (NANEAS)

La evaluación nutricional en niños y niñas con necesidades especiales debe basarse en los parámetros habituales, salvo que este sea portador de una condición de salud que haga que su curva de crecimiento difiera de los parámetros establecidos para la población general, por ejemplo, parálisis cerebral, y genopatías[11] . En estos casos el parámetro que permite una mejor evaluación nutricional es el peso para la talla (P/T), dado que la estatura de estos niños y niñas muchas veces no tiene un comportamiento normal.

Medición de peso NANEAS

Cuando no sea posible estimar el peso de los niños y niñas de la manera tradicional, pueden pesarse en brazos del cuidador en una balanza vertical, y luego descontar el peso del cuidador.

Medición de talla NANEAS

Cuando el niño o la niña sea muy grande como para medir en podómetro y no pueda mantenerse de pie, medir en posición decúbito dorsal (acostado en la camilla con una huincha) si se logra la extensión completa.

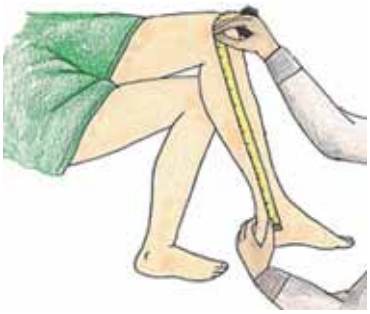


Figura 11: Estimación de la talla a a través de la medición de la tibia

En los casos que no pueda lograr la extensión completa de su cuerpo en posición decúbito, se recomienda utilizar la estimación de la talla o longitud a partir de la *medición de la tibia* desde el límite superior de esta por medial hasta el maléolo interno (Ver Figura 11). La estimación de la talla se obtiene realizando el siguiente cálculo:

Talla = (3,26 x longitud segmento tibio-maleolar en cm) + 30,8

Cuando no sea posible realizar una estimación a través de la medición de la tibia, puede estimarse a través de la medición de la longitud del brazo o distancia rodilla talón.

11 Para algunas condiciones especiales de salud existen disponibles curvas de crecimiento específicas, elaboradas sobre población extranjera, pero que podrían servir de complemento para el diagnóstico nutricional. Para mayor información visitar la página web de la Sociedad Chilena de Pediatría, sección "Tablas / Gráficos". Disponible en: http://www.nutricion.sochipe.cl/aporta.php/biblioteca/categoria/tablas--graficos/.

Tabla 9: Medición Longitud brazo, tibia y talón

Segmento medido	Fórmula	DE (cm)
Longitud del brazo (LB)	(4,35*LB)+21,8	±1,7
Longitud de la tibia (LT)	(3,26*LT)+30,8	±1,4
Distancia entre rodilla y talón (RT)	(2,69*RT)+24,2	±1,1

Perímetro craneano en NANEAS

Aunque normalmente se mide el perímetro craneano hasta los 3 años, en niños y niñas con necesidades especiales se aconseja realizar este procedimiento hasta los 5 años, ya que permite la detección de patologías que implican alteraciones del crecimiento del cerebro. Por ejemplo una microcefalia podría ser signo de atrofia cerebral o de algún síndrome genético. Por otro lado, la macrocefalia puede ser el primer indicador de hidrocefalia, tumor o masa cerebral de lento crecimiento.



3. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PUBERAL

Durante el control de salud, se debe evaluar si existe desarrollo puberal y cuál es su grado. Esta evaluación permite determinar si el desarrollo biológico va en forma adecuada con el desarrollo cronológico, así como realizar una evaluación nutricional correcta.

El mayor determinante del inicio de la pubertad es la carga genética. Es importante preguntar por la edad de menarquia en la madre y sobre el desarrollo puberal en los padres, por ejemplo, cambio de la voz en relación a los compañeros de curso. Sin embargo, el ambiente también cumple un rol importante, especialmente cuando es desfavorable, siendo la obesidad moderada una causa muy frecuente de adelanto de eventos puberales en el sexo femenino, mientras que en niños con enfermedades crónicas, desnutrición, obesidad extrema, privación psicosocial, entre otras, se puede ver un inicio más tardío. Se ha visto también que vivir en lugares de mayor altitud retrasa el inicio de la pubertad y hace que su desarrollo sea más lento [30].

Luego de este hito el desarrollo es diferente para ambos sexos [30].

SECUENCIA DEL DESARROLLO PUBERAL

La adrenarquía (el aumento de producción de hormonas sexuales) en ambos sexos ocurre alrededor de los seis a ocho años de edad. Se caracteriza por una maduración de la corteza suprarrenal que lleva a un aumento en la formación de andrógenos. Suele preocupar a los padres, pues, clínicamente, se manifiesta como aparición de olor axilar apocrino (similar al del adulto). Debe instruirse a padres y/o cuidadores que niños y niñas pueden usar un desodorante sin alcohol, con el objeto de que este evento no altere su vida social. Generalmente la adrenarquía precede en unos dos años al inicio de la gonadarquía. Si aparece antes de los 6 años debe ser derivado a un especialista en caso de existir aceleración de la curva de crecimiento, aceleración de la edad ósea (>2 DS) o evidentes signos de hiperandrogenismo tales como: acné; comedones; vello axilar o púbico; crecimiento muscular; cambio de voz; crecimiento de mamas; etc., dado que podría ser un indicio de hiperplasia suprarrenal congénita, trastornos de los testículos, los ovarios o las glándulas suprarrenales, hamartoma hipotalámico, tumores específicos, etc. [30].

Luego de este hito el desarrollo es diferente para ambos sexos [30].

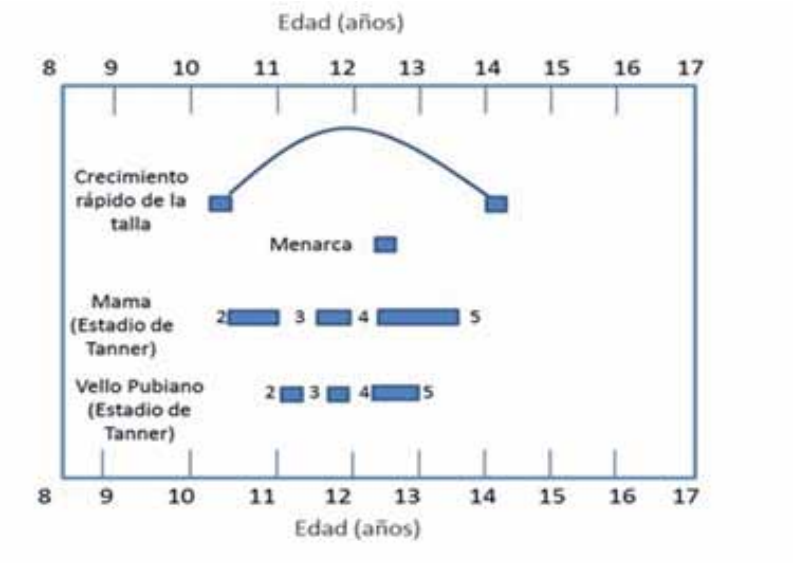
a) Secuencia del desarrollo puberal en mujeres

- En el 85% de las niñas el primer evento del desarrollo es la telarquia (aparición de botón mamario), la cual puede ser unilateral o bilateral y/o dolorosa. Este evento es seguido cercanamente por la aparición de vello púbico, que puede ser el primer signo de desarrollo en un porcentaje menor. La telarquia puede aparecer entre los 8 y los 14 años. En los últimos años se ha descrito una tendencia secular a que la telarquia esté ocurriendo en forma más temprana. En Santiago de Chile, en promedio ocurre a los 8,9 años

aproximadamente. La edad de la primera regla no se ha adelantado en forma significativa en las últimas décadas.

- El estirón puberal precede a la menarquia en las niñas.
- La aparición del botón mamario precede a la menstruación en aproximadamente dos años, ocurre en el grado Tanner II. La menstruación ocurre entre los grados Tanner IV y V del desarrollo mamario.
- La suma de las etapas de maduración puberal demora en promedio cuatro años.
- La ganancia total en talla durante la pubertad es de 22 a 25 cm. El estirón puberal ocurre entre Tanner II a III con una velocidad aproximada de 9 cm/año.
- La ganancia de peso es posterior al incremento en talla, siendo la máxima ganancia de peso en promedio a los 12 años.
- El Índice de masa corporal promedio durante la pubertad, aumenta de 16,8 a 20.

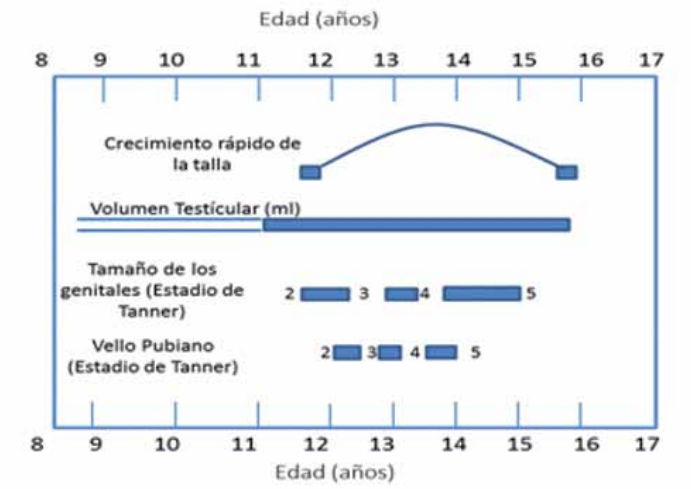
Gráfico Nº 1 Inicio y secuencia de eventos suberales en la mujer



b) Secuencia del desarrollo puberal en hombres

- El primer signo de desarrollo es el aumento testicular (sobre 2,5 cm en su eje de polo a polo, esto equivale a 4 cc. en el orquidómetro de Prader). En promedio ocurre a los 11 años y medio.
- Poco después ocurre el crecimiento peneano (primero el pene crece en longitud, luego aumento el tamaño del glande) y de vello púbico.
- El desarrollo testicular y peneano se completa en 3,5 años promedio.
- La aparición de vello facial es posterior al cambio de la voz y aparición de acné.
- El período de mayor crecimiento es más tardío (entre Tanner III y IV con una velocidad de 12 cm/año) y de mayor magnitud en niños que en niñas, incrementando en promedio 28 a 30 cm en cuatro a seis años posterior al inicio de madurez puberal. El incremento de peso es concomitante al de la talla.
- La ginecomastia es el crecimiento de tejido mamario uni o bilatera, fisiológico en el período de recién nacido hombre y en la pubertad, ocurriendo en el 75% de la población masculina. Habitualmente se presenta 1 a 1,5 años después del inicio puberal y persiste por 6 a 18 meses. Es en muchos casos es incómodo para los jóvenes, especialmente desde un punto de vista social, por lo que se debe acompañar al adolescente y educar sobre normalidad y evolución. Si el adolescente presenta mucho dolor asociado, pueden usarse antinflamatorios no esteroideos (AINES) en forma ocasional. Si persiste más allá de 18 meses es necesario considerar otras causas de ginecomastia y los adolescentes deben ser derivados a endocrinología pediátrica.

Gráfico Nº 2 Inicio y secuencia de eventos puberales en el hombre.



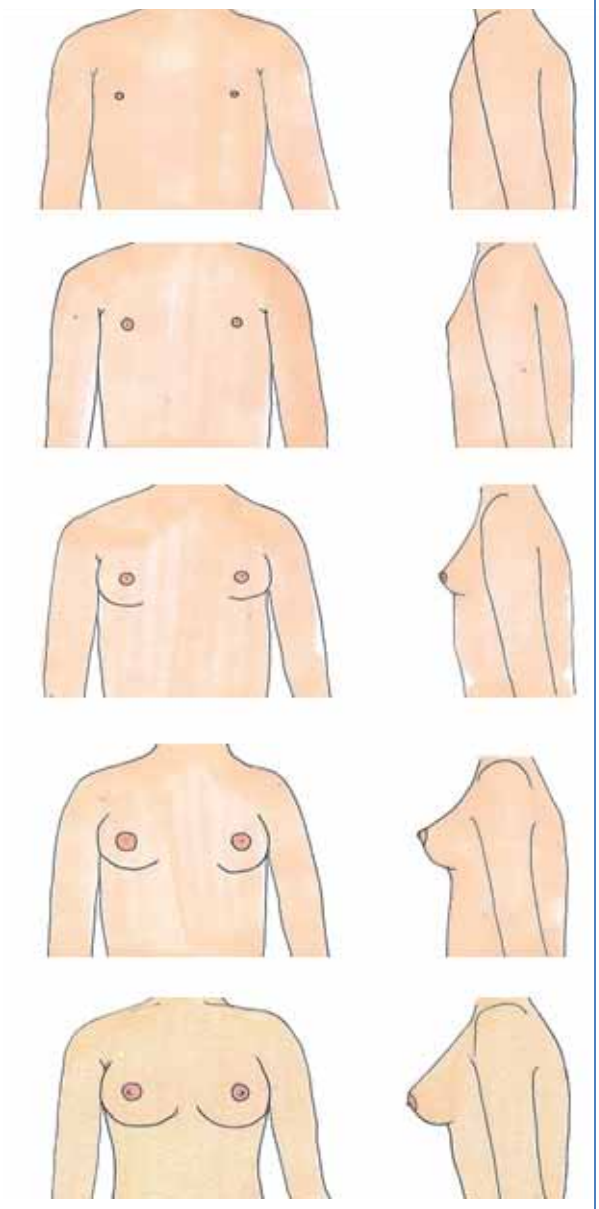
Fuente: Catanni, A, Cuerpo y salud del adolescente PUC.

GRADOS TANNER

Para evaluar objetivamente el estado de desarrollo puberal se utilizan las Tablas Tanner, en las cuales se establecen 5 grados de desarrollo mamario, vello púbico y genital (ambos sexos), a saber:

a) Grados tanner de desarrollo mamario en mujeres

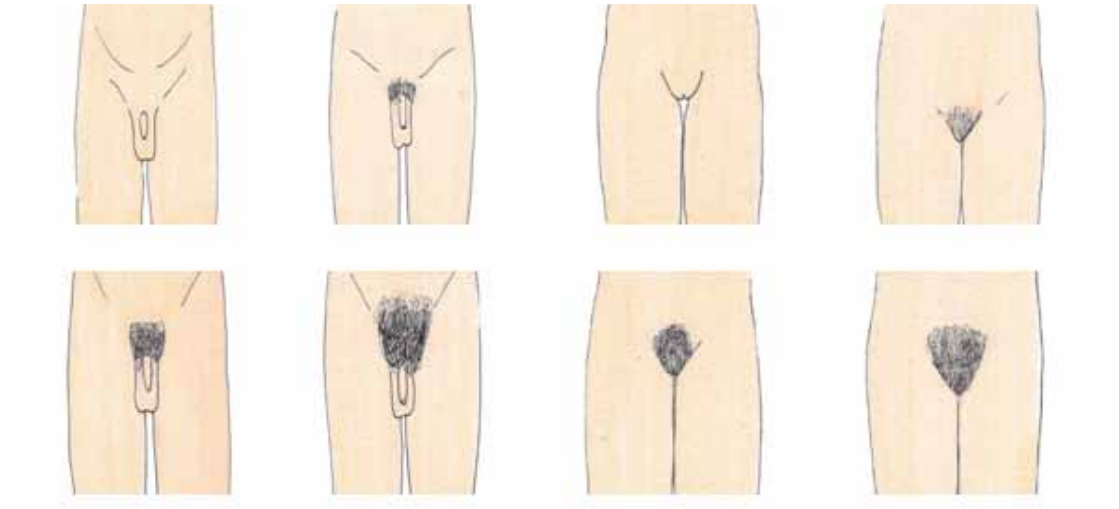
A continuación se presentan las etapas normales del desarrollo mamario. La clasificación del desarrollo mamario no considera el tamaño ni forma de ella, puesto que estas características están determinadas por factores genéticos y nutricionales.

Grado I	No hay tejido mamario palpable, solo el pezón protruye, la aréola no está pigmentada (prepuberal).	
Grado II	Se palpa tejido mamario bajo la areola sin sobrepasar esta. Areola y pezón protruyen juntos, observándose además un aumento del diámetro areolar. Es la etapa del botón mamario.	
Grado III	Se caracteriza por el crecimiento de la mama y areola con pigmentación de esta; el pezón ha aumentado de tamaño; la areola y la mama tienen un solo contorno.	
Grado IV	Existe mayor aumento de la mama, con la areola más pigmentada y solevantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama).	
Grado V	La mama es de tipo adulto, en la cual solo el pezón protruye y la areola tiene el mismo contorno de la mama.	
Grado VI	Corresponde a la mama en período de lactancia.	

b) Grados tanner de desarrollo del vello púbico para ambos sexos

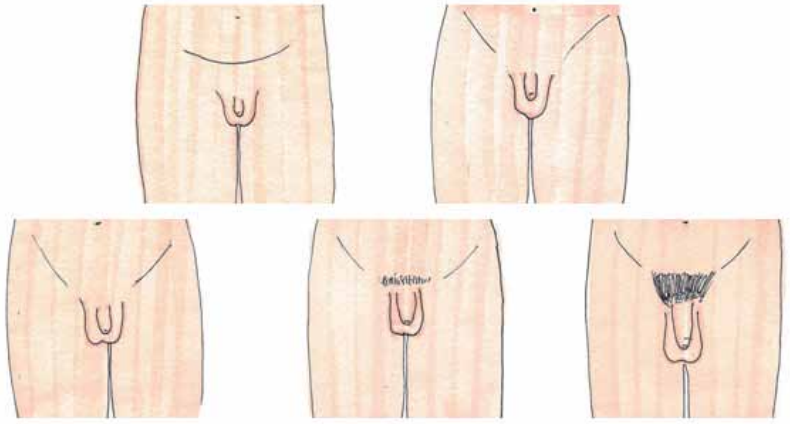
A continuación se presentan las etapas del desarrollo del vello púbico que son comunes para ambos sexos.

Grado I	Prepuberal, no existe vello de tipo terminal.
Grado II	Existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado en la base del pene o a lo largo de labios mayores de la vulva.
Grado III	Se caracteriza por pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.
Grado IV	El vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.
Grado V	El vello pubiano es de carácter adulto con extensión hacia la cara interna de muslos.
Grado VI	El vello se extiende hacia el ombligo (sexo masculino).



c) Grados tanner del desarrollo genital en hombres

Grado I	Los testículos, escroto y pene tienen características infantiles
Grado II	El pene no se modifica, mientras que el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose más laxa; el testículo alcanza un tamaño superior a 2,5 cm en su eje mayor.
Grado III	Se caracteriza por testículos y escroto más desarrollados (testículos de 3,3 a 4 cm); el pene aumenta en grosor.
Grado IV	Hay mayor crecimiento peneano, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4,1 a 4,5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado.
Grado V	Los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, largo testicular mayor de 4,5 cm





4. TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL

La presión arterial es la fuerza ejercida a las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo, su medición en niños y niñas es una parte necesaria del control de salud.

La detección temprana de prehipertensión e hipertensión puede contribuir a disminuir los riesgos presentes y futuros en la salud, incluyendo el daño multiorgánico secundario y el riesgo de enfermedad cardiovascular. Este examen cobra más importancia si se considera que, en nuestro país existe una alta prevalencia de obesidad, la que se asocia con presión arterial elevada.

A partir de los tres años de edad todos los niños y niñas, independiente de su estado nutricional deben contar con un chequeo de presión arterial en forma anual. Aquellos niños y niñas con necesidades especiales o que toman medicamentos que pueden elevar la presión arterial, deben ser controlados cada vez que asistan al Centro de Salud a controles o por morbilidad.

INTERPRETACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL PEDIÁTRICA Y CONDUCTAS A SEGUIR

La toma de presión arterial arroja dos cifras, la sistólica (cuando el corazón late y bombea la sangre a través de las arterias) que es el primer número en la lectura y la diastólica (cuando el corazón no está bombeando) que es el segundo número en la lectura [31].

Para tomar la presión arterial de niños y niñas, se deben seguir los siguientes pasos [31]:

- El niño o niña debe estar sentado en ropa interior, con las piernas descruzadas y con el manguito de presión arterial a la altura del corazón (esta puede estar falsamente elevada cuando la presión se toma con el niño o niña acostado).
- Antes de tomar la presión, el niño o niña debe haber estado sentado en reposo al menos, cinco minutos.
- El manguito de presión arterial debe ser del tamaño correcto para el niño o niña, que cubra de 80 % a 100 % la circunferencia del brazo y dos tercios del largo. Si el manguito es muy pequeño, debe pasarse al siguiente tamaño.
- Deben efectuarse dos tomas, separadas por al menos 30 segundos y sacar un promedio entre ambas.

Una vez obtenida la presión arterial, se deben consultar sus valores en las tablas de la Rama de Nefrología de la Sociedad Chilena de Pediatría, adaptadas de las tablas del “National Heart, Lung and Blood Institute” (Ver anexo 5) de presión arterial por sexo, edad y talla [32]. Si la presión arterial se encuentra alterada hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

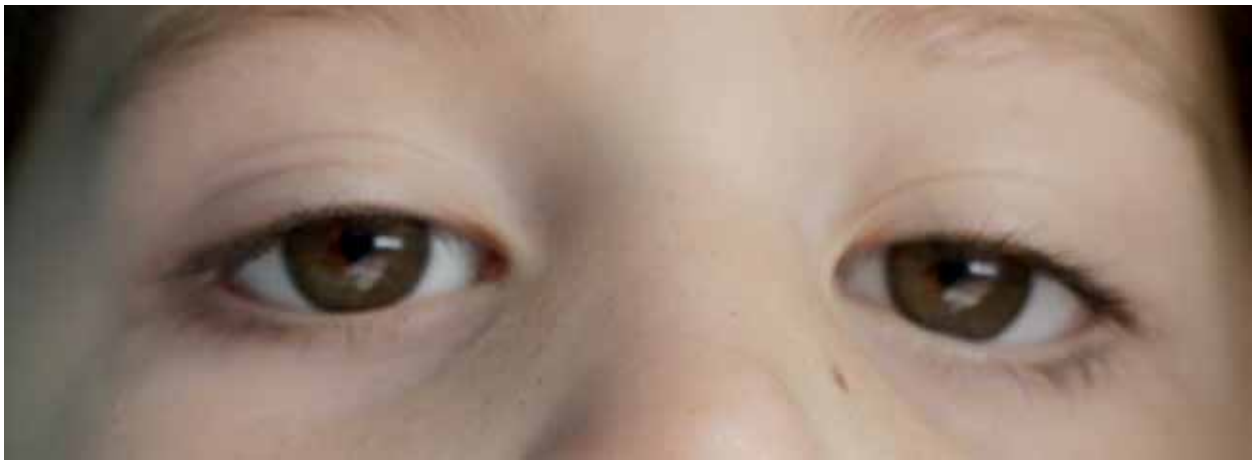
- Siempre que se encuentre una presión mayor al p90 y menor al p99 es aconsejable citar al niño o la niña en semanas consecutivas para confirmar la prehipertensión o hipertensión (al menos tres tomas en semanas consecutivas). Muchas veces puede haber una hipertensión o prehipertensión inducida por el temor de la consulta (hipertensión de delantal blanco), cuyo efecto suele aminorar en las evaluaciones consecutivas. Para la interpretación de las tres tomas, debe hacerse un promedio de la presión diastólica de las tres visitas y de la sistólica de igual manera.
- Si la presión es mayor al p99 + 5mmHg, debe ser evaluado en la urgencia para ser estabilizado y generar una interconsulta con especialista dentro de la semana, aunque sea en el primer control.

Tabla 10: Conductas a seguir según percentil de presión encontrado (luego de las tres tomas consecutivas en caso de sospecha de prehipertensión o hipertensión etapa 1).

Estado	Percentil en presión arterial	Acciones a seguir
Normal	<p90	- Seguir conducto regular, tomar la presión en cada control de salud a partir de los tres años.
Pre-hipertensión	>p90 a <p95	- Citar para tres tomas de presión en semanas consecutivas. - En caso que al final de las 3 tomas persista el diagnóstico, indicar medidas generales y volver a chequear en seis meses.
Hipertensión etapa 1	>p95 a <p99+ 5mmHg	- Citar para tres tomas de presión en semanas consecutivas. - En caso que al final de las 3 tomas persista el diagnóstico, indicar medidas generales y derivar al cardiólogo o nefrólogo pediátrico para su evaluación.
Hipertensión etapa 2	> p 99 +5mmHg	- Derivar a urgencia para tratamiento inmediato.

En caso de que el niño o niña presente prehipertensión o hipertensión, luego de precisar el diagnóstico etiológico por indicación médica se puede sugerir, según características del caso:

- Dieta hiposódica.
- Actividad física de al menos una hora diaria (Ver recomendaciones por edad en sección “Actividad física”, Capítulo 5).
- Alimentación saludable (Ver recomendaciones por edad en sección “Alimentación y suplementos”, Capítulo 5).



5. EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA

El examen oftalmológico es parte fundamental de los controles de salud en la infancia. La evaluación clínica y periódica permite detectar precozmente situaciones que sin diagnóstico podrían llegar a desarrollar una ambliopía o incluso poner en riesgo al niño o la niña. En cada control de salud el profesional debe, a través de un sencillo y rápido examen visual, buscar indicios que requieran efectivamente la evaluación de un oftalmólogo.

El sistema visual antes de los 9 años de edad es inmaduro y vulnerable, pero también posee la plasticidad necesaria para corregir anomalías en caso que se vayan presentando. Además en la infancia se pueden detectar graves anomalías que pueden comprometer la vida o la visión del paciente como el retinoblastoma o retinopatía.

PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN VISUAL

Para realizar el examen visual se requieren los siguientes insumos en el box:

- Oftalmoscopio directo, otoscopio sin ventana o una linterna de bolsillo.
- Cartilla de optotipos de Snellen y de Tumbling E (bien iluminada, ubicada a 5 metros).
- Juguetes llamativos para niños y niñas.
- Idealmente: anteojos con el lente izquierdo tapado y descubierto el derecho y otro al revés u otro implemento que permita cubrir un ojo y luego el contralateral para mayores de 4 años.

Para hacer una evaluación del sistema visual, el profesional que realiza el control de salud debe seguir los siguientes pasos:

a) Inspección general

- Inspección externa, observar el tamaño y forma de la cabeza y cara, anomalías craneofaciales u orbitarias, excrecencias en los ojos, posiciones anómalas de cabeza, especialmente al observar objetos pequeños de lejos (torsión de cuello)
- Comportamiento al desplazarse y al comunicarse con sus padres y entorno: los niños y niñas con baja visión se mueven menos, tienden a permanecer quietos en espacios abiertos, tienen caídas frecuentes y torpeza en los movimientos.
- Antecedentes familiares de problemas oftalmológicos: preguntar a la familia si algún integrante presenta estrabismo, anisometropías (requiere lentes), ambliopatía (ceguera secundaria de un ojo), cataratas, glaucomas infantil o enfermedades oculares genéticas.
- Examen de pupila, debe evaluarse el reflejo fotomotor y la simetría de ambas pupilas (ausencia de anisocoria).

b) Rojo pupilar

Este examen debe ser conocido y practicado por todos los profesionales que realizan el control de salud de niños y niñas, en cada uno de los controles, hasta los tres años. Es uno de los exámenes oftalmológicos más importantes y fáciles de realizar, cuyos resultados pueden gatillar un tratamiento oportuno que modificará radicalmente la vida del niño o niña.

El examen se debe efectuar en penumbras o con poca luz, en un momento en que el niño o niña esté con los ojos abiertos. El examinador debe encontrarse a una distancia de aproximadamente 50 cm y debe iluminar ambos ojos simultáneamente con un oftalmoscopio, un otoscopio sin ventana o linterna.



Figura 12: Otoscopio con ventana (izquierda) y sin ventana (derecha).



Figura 13: Oftalmoscopio

En un rojo pupilar normal se espera que al exponer las pupilas a la luz, ambas se vean rojas anaranjadas (fulgor retiniano), que es el mismo efecto de “ojo rojo” que aparece en algunas fotos sacadas con *flash*. En algunos casos los padres llegan a consultar por la asimetría del reflejo detectada al sacarle fotos a sus hijos, esto también puede ser signo de una alteración en el rojo pupilar [28].



Figura 14: Rojo pupilar normal.

La alteración del rojo pupilar, es decir reflejo opaco o blanco en las pupilas, ya sea simétrico o asimétrico, indica la presencia de un trastorno a nivel de cualquiera de los medios transparentes del ojo, ya sea la córnea, el cristalino o el humor vítreo. Algunas de las patologías que pueden ser diagnosticadas con este examen son: cataratas congénitas; estrabismo; glaucoma infantil; vicios de refracción; hemorragia vítrea y tumores intraoculares como el retinoblastoma, los que pueden poner en peligro la vida del niño o la niña. Recuerde que el rojo pupilar puede estar alterado tanto en un ojo, como en ambos [34].



Figura 15: Rojo pupilar anomal.

c) Pruebas de la alineación ocular

Las pruebas de alineación ocular se realizan para detectar oportunamente estrabismo o desviación del alineamiento de un ojo, el cual produce dos efectos que dañan severamente al sistema visual: a) visión doble o diplopía, porque la imagen observada se refleja en distintas zonas de la retina y b) ojo desviado y confusión visual, porque las fóveas son estimuladas por imágenes diferentes.

Los niños y las niñas no suelen tener diplopía o confusión permanente o persistente, dado que la plasticidad del sistema nervioso central y visual genera mecanismos adaptativos que les permiten «apagar» determinadas áreas de la retina del ojo desviado. Este fenómeno se denomina supresión. Además, existen condiciones patológicas y fisiológicas que pueden causar desviación ocular o falsa sensación de estrabismo, lo que es necesario considerar [35].

Las pruebas de alineación ocular son básicamente dos: la prueba de los reflejos corneales también conocida como Test de Hirschberg y el Cover Test. Estas pruebas sirven para detectar estrabismos fijos o intermitentes. En el diagnóstico del estrabismo es fundamental la información entregada por los padres y/o cuidadores, los que generalmente refieren que un ojo se desvía, por lo tanto es importante que sea preguntado en forma dirigida en todos los controles de salud [35].

Test de Hirschberg

Es la prueba más importante para evaluar la alineación ocular y debe realizarse en todos los controles. Consiste en iluminar ambas pupilas en forma simultánea con una linterna, oftalmoscopio u otoscopio a unos 30-40 cm de la cara del niño o la niña, observando si el reflejo de la luz (brillo de la luz) está ubicado en el mismo lugar en ambas pupilas. Si el reflejo de la luz se encuentra desplazado en comparación al otro ojo es signo de un posible estrabismo. La dirección de la desviación puede se [30]:

- Endodesviaciones (hacia la nariz), en el 70 % a 75 % de los casos.
- Exodesviaciónes (hacia las orejas), en el 20 % – 25 % de los casos.
- Verticales hiper o hipotropía (hacia arriba o hacia abajo) en menos del 5 % de los casos.

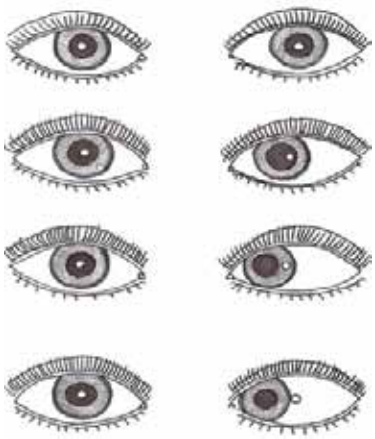


Figura 16: Test de Hirschberg

Cover test

Esta prueba debe realizarse si el test de Hirschberg está normal, pero la familia refiere percibir desviación ocular o si queda alguna duda con el test. Para esta prueba el niño debe mirar atentamente un objeto pequeño (blanco de atención) y luego se ocluye o cubre uno de los ojos, observando si el ojo descubierto realiza o no un movimiento de refijación. Si el ojo realizó el movimiento corrector, significa que presenta una desviación y según el sentido del movimiento supondremos hacia dónde estaba desviado. Por ejemplo, si el movimiento corrector es hacia fuera significa que el ojo estaba en endodesviación. El examen debe realizarse para ambos ojos [35].

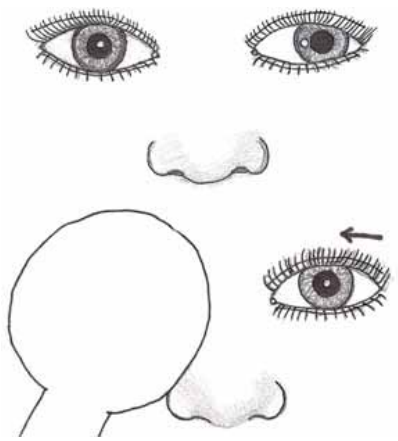


Figura 17: Cover test

Ante la sospecha de estrabismo de niños y niñas menores de 10 años deben tenerse en cuenta los siguientes criterios, antes de una derivación por patología GES [30]:

- Estrabismo patológico: Todo estrabismo permanente independiente de la edad y todo estrabismo intermitente después de los 6 meses de edad. En estos casos se debe derivar a oftalmólogo inmediatamente.
- Estrabismo fisiológico: En los menores de seis meses, puede existir estrabismo intermitente asociado con inmadurez del sistema de alineamiento ocular. Los niños que presenten estrabismo intermitente antes de los seis meses deben ser revaluados a los seis meses en el control de salud. En caso de persistir con estrabismo a esta edad deben ser derivados a oftalmólogo. Si el niño menor de seis meses tiene estrabismo constante o estrabismo asociado a alteración del rojo pupilar, debe ser derivado a oftalmólogo.
- Pseudoestrabismo: Es la apariencia de estrabismo a pesar de un alineamiento normal. Su forma más frecuente es la pseudoendotropía. Se diagnostica con un *Cover Test* y un reflejo corneal normal.

d) Evaluación de la agudeza visual

El método a utilizar dependerá de la edad del niño o la niña y de su cooperación. Las técnicas más frecuentemente usadas son la prueba de fijación y reconocimiento de optotipos.

En menores de 3 años

La medición de agudeza visual es muy compleja, se puede evaluar más que nada si el niño o la niña fija la mirada y sigue un objeto llamativo. En este período se identifican más que nada los problemas muy severos. El reflejo de fijación de los objetos, aparece entre las 4 y 6 semanas de vida. Si la fijación no está desarrollada después del 3 o 4 mes, estamos en presencia de «Síndrome de un retardo del desarrollo de la fijación».

Si bien, puede haber niños y niñas sanos que desarrollen la fijación más tarde, en la mayoría de los casos obedece a patología de la vía visual y/o del Sistema Nervioso Central. Cuando existe una patología que impide su desarrollo a nivel de ambas vías ópticas veremos aparecer el nistagmus pendular o en resorte [31].

Prueba de fijación

Debe sentarse a la altura del niño o la niña, el cual puede sentar en la falda de la madre y ella debe ayudar a que se mantenga derecho y gire lo menos posible la cabeza para que realice la rotación de los ojos. Se debe observar si hay posiciones anómalas de la cabeza y corregirlas, luego mover el juguete en dirección horizontal y vertical y evaluar que los movimientos sean coordinados y simétricos en ambos ojos. En algunos casos los lactantes suelen seguir la cara de la mamá más que los juguetes, en este caso la evaluación puede realizarse con el niño o la niña recostada.

Para mayores de 3 años



El examen de agudeza visual consiste en determinar las letras más pequeñas que un niño o niña puede leer en una tabla optotipos. Las tablas recomendadas para realizar esta evaluación en niños y niñas de 3 a 9 años son la tabla de Snellen o la tabla de Tumbling E. Siempre debe asegurarse de evaluar la agudeza visual mono-ocular.

El procedimiento para evaluar agudeza visual con optotipo, es:

- Evaluar qué tabla optotipos se utilizará y corroborar si el niño o la niña podrá indicarnos lo que efectivamente ve, ya sea verbalmente o por medio de señas. La cartilla debe estar en buenas condiciones, bien iluminada y no poseer distractores a su alrededor, para facilitar la visualización y concentración del niño o la niña.
- Ubicar al niño o niña a 5 metros de distancia, sentado a la altura de la cartilla, de modo que pueda mirar de frente.
- Indicar al niño o niña que debe señalar la figura o letra que ve, dependiendo de la tabla utilizada, desde la línea superior hasta la inferior, de izquierda a derecha. Idealmente apoyar la lectura con un puntero para señalar la figura que se desea indique el niño o la niña.
- Realizar este procedimiento con un ojo tapado y después con el otro. Es muy importante que no se apriete el ojo cubierto, pues esto puede afectar el examen posterior de ese ojo. Para ellos se pueden utilizar anteojos que tengan lente pintado de negro.
- Registrar los resultados por ojo y evaluar si requiere de evaluación de especialista.

Tabla de Tumbling E

Es recomendado para los niños y niñas mayores 3 y menores de 6 años, o para aquellos mayores que aún no aprenden las letras. Esta tabla contiene letra «E» en distintas posiciones y tamaños. Por lo tanto, antes de realizar el examen es necesario que el evaluador corrobore a corta distancia que el niño o la niña pueda reproducir la posición de la “E” con los dedos de la mano, como se observa en la figura a continuación. Requieren evaluación con oftalmólogo todos los niños y niñas de 3 a 6 años que no logren identificar las figuras ubicadas desde la línea 20/40 o que tengan una diferencia de agudeza de dos líneas o más entre un ojo y otro (aunque un ojo tenga 20/40 y el otro 20/25) [36].

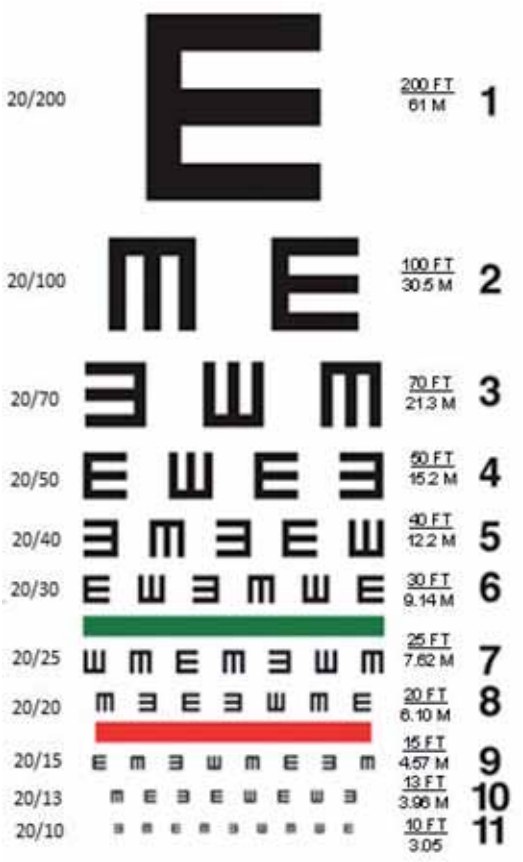


Figura 18: Tabla de Tumbling E



Figura 19: Posición de la «E» con los dedos

Tabla de Snellen

Es recomendado para los niños y niñas mayores 6 años o para aquellos que ya saben leer. Esta tabla contiene distintas letras en distintos tamaños. Antes de realizar el examen es necesario que el evaluador corrobore, a corta distancia, el reconocimiento de las letras presentadas. Requiere evaluación con el oftalmólogo todos los niños y niñas entre 6 a 10 años que no logren identificar las figuras ubicadas desde la línea 20/30 hacia arriba o que tengan una diferencia de agudeza de dos líneas o más entre un ojo y otro (aunque un ojo tenga 20/30 y el otro 20/20) [36].

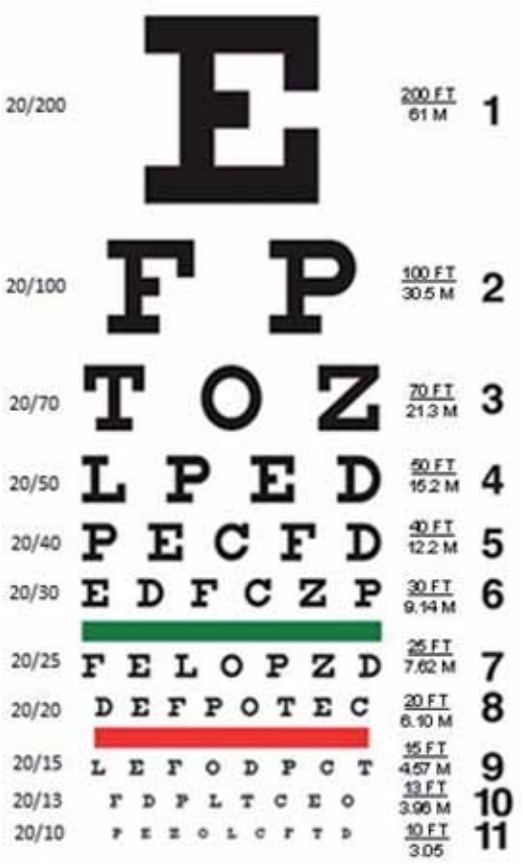


Figura 20: Tabla de Snellen

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA QUE REQUIEREN EVALUACIÓN DE UN ESPECIALISTA

La lista de enfermedades sistémicas con compromiso ocular es extensa, por lo que las que se indican a continuación son las más frecuentes:

- Recién nacido prematuro, especialmente los de menos de 1.500 g. de peso al nacimiento.
- Historia familiar de retinoblastoma, catarata congénita o glaucoma congénito.
- Familiar cercano con ceguera o visión subnormal de causa no traumática.
- Ametropías altas de padre, madre, hermanos, hermanas (uso de lentes de potencia alta).
- Síndromes genéticos, ejemplo de Síndrome de Down.
- Traumas Craneofaciales.
- Enfermedades sistémicas: Síndrome de Marfán, Neurofibromatosis, Síndrome de Sturge Weber, etc.
- Diabetes Mellitus tipo 1, especialmente después de la pubertad.



6. EVALUACIÓN AUDITIVA

La pérdida de audición en la infancia, sin intervención precoz, es una causa de déficit irreversible en la comunicación y habilidades psicosociales, cognición y alfabetización. Existe evidencia clara que la privación auditiva en la primera infancia lleva a daño cortical estructural y funcional similar al de la ambliopía en un niño o niña con privación visual [32].

Durante la infancia existen hipoacusias congénitas y otras adquiridas. A nivel mundial la prevalencia de hipoacusia oscila, según las distintas series, entre 1 en 900 a 1 en 2500 recién nacidos [33]. En preescolares y escolares se estima que aproximadamente un 7 a un 15% presenta algún déficit auditivo [34] [33].

Se ha demostrado que el diagnóstico precoz (menor a tres meses), la implementación temprana de tratamiento con prótesis auditivas bilaterales (antes de los seis meses) y un seguimiento apropiado que incluya calibración de los audífonos y educación al grupo familiar, permiten que niños y niñas hipoacúsicos se desarrollen en forma similar a sus pares normoyentes o de acuerdo con su nivel cognitivo, obteniendo un percentil de 20 a 40 puntos mayor en la escuela en categorías asociadas a la audición (lenguaje, comportamiento y adaptación social) [35] [36].

Dada la alta prevalencia de la hipoacusia, la existencia de tratamiento y las consecuencias de no tratar, es de primera importancia el diagnóstico precoz. En nuestro país, es necesario realizar un examen de tamizaje auditivo neonatal, por lo que el diagnóstico es muy tardío, estimándose que en la mayoría de los niños y niñas se detectan sobre los dos años de vida, mientras un 6% se diagnóstica antes de los seis meses [37]. Este hecho obliga a una conducta activa en el control de salud infantil, para estar alerta frente a cualquier hecho que pudiera relacionarse a una hipoacusia aún no diagnosticada.

Desde Julio de 2013 entró en vigencia un GES de detección y tratamiento de hipoacusia en prematuros [38]. Por lo que actualmente los centros hospitalarios están implementando en forma progresiva el tamizaje dentro de sus prestaciones. Hasta que esto no sea universal, cobra especial importancia la detección en los controles de salud que se realizan en APS.

EVALUACIÓN DE HIPOACUSIA

La hipoacusia se define como la incapacidad de oír normalmente, ya sea de manera permanente, transitoria o progresiva. La hipoacusia varía según el grado, las frecuencias comprometidas y la etiología: neurosensorial (falla el procesamiento central de la señal, ya sea por mal funcionamiento coclear, de la vía auditiva y/o centros auditivos superiores), de conducción (anomalía en el oído externa y/o interno que impide la correcta llegada de la onda sonora al oído interno) o mixta (presencia de concomitantes de los neurosensorial y de conducción) [38]. La hipoacusia se clasifica en las siguientes categorías [39]:

Tabla 11: Niveles de audición según umbral

Nivel de audición	Umbral de audición en el mejor oído (dB)
Normal	0-25
Hipoacusia Leve	26-40
Hipoacusia Moderada	41-60
Hipoacusia Grave	61-80
Hipoacusia Profunda	>80

Fuente: OMS (2013)

Los exámenes de tamizaje (emisiones otoacústicas y potenciales evocados abreviados) detectan pérdidas auditivas desde el umbral 30 - 40db.

a) Acciones orientadas a la pesquisa de hipoacusia durante el control de salud infantil

Dentro del control de salud infantil se debe descartar sospecha de hipoacusia recolectando información tanto de la anamnesis como del examen físico.

Anamnesis

La anamnesis varía según la edad del niño o la niña, a saber:

Recién Nacidos y Lactantes

La hipoacusia neonatal es generalmente de origen sensorioneural. Un 50% tiene alguna causa genética conocida, con un 70% de sordera no sindromática. Entre las causas no genéticas neonatales están las infecciones congénitas, hiperbilirrubinemia y medicamentos ototóxicos.

En la anamnesis se debe indagar acerca de factores de riesgo de hipoacusia en el recién nacido, aunque se reconoce que un 50% de los niños y niñas con hipoacusia tiene alguno de estos factores [40] [41]:

- Permanencia por más de cinco días en UCI/UTI neonatal.
- Infecciones neonatales (citomegalovirus, toxoplasmosis, meningitis bacteriana, sífilis, rubeola, virus herpes).
- Infecciones durante el período de lactante (meningitis bacteriana o viral).
- Alteraciones craneofaciales, especialmente las que comprometen hueso temporal y pabellón auricular (Por ejemplo fisura labiopalatina).
- Peso menor a 2.000 g.
- Prematurez.
- Hiperbilirrubinemia que requirió transfusión sanguínea.
- Historia familiar de hipoacusia sensorioneural.
- Síndromes asociados a hipoacusia: neurofibromatosis, osteopetrosis, síndrome de Usher, Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell y Lange-Nielson.
- Uso de ototóxicos (gentamicina o furosemida).
- Ventilación mecánica por más de 10 días.
- Distress respiratorio.
- Fractura del hueso temporal.
- Quimioterapia.

Además se debe preguntar acerca de antecedentes conductuales que permiten sospechar de hipoacusia en el niño o la niña:

Tabla 12: Antecedentes conductuales ausentes asociados a hipoacusia

Nacimiento a 3 meses	3 a 6 meses	
- Se sobresalta con ruidos fuertes. - Se despierta con algunos sonidos. - Parpadea o abre los ojos en respuesta a los ruidos.	- Se tranquiliza con la voz de la madre. - Detiene su juego cuando escucha sonidos nuevos. - Busca la fuente de sonidos nuevos fuera de su alcance.	
6 a 9 meses	**12 a 15 meses**	**18 a 24 meses**
- Disfruta juguetes nuevos. - Gorjea con inflexión. - Dice disílabos (8-9 meses) o mamá	- Responde a su nombre y a "no". - Sigue órdenes simples. - Utiliza vocabulario expresivo de 3 a 5 palabras. - Imita algunos sonidos	- Conoce algunas partes del cuerpo. - Aumenta su vocabulario. - Cerca de los 24 meses genera frases de 2 palabras.

Preescolares y escolares

A los padres o cuidadores se les debe preguntar acerca de los siguientes factores de riesgo en el niño o la niña [40]:

- Antecedente familiar de hipoacusia.
- Retraso severo del lenguaje.
- Antecedente de meningitis bacteriana.
- Fractura de hueso temporal.
- Presencia de algún síndrome que se asocie a hipoacusia tales como neurofibromatosis, osteopetrosis, síndrome de Usher, Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell y Lange-Nielson.
- Uso de ototóxicos (gentamicina, furosemida o quimioterápicos).
- Uso de reproductores de música a altos volúmenes, en forma usual (más de 75% del volumen total del aparato).
- Otorrea intermitente indolora
- Otitis media aguda a repetición.

Además se debe preguntar acerca de antecedentes conductuales, que hagan sospechar hipoacusia, tales como:

- Necesita que le repitan palabras.
- Usa gestos para comunicarse.
- No sigue las instrucciones en la sala de clases, según lo referido por los profesores.
- Fija la atención en los labios cuando se le habla.
- Alteración en lenguaje detectado en TEPSI de 36 meses.

Siempre en un niño o niña con los signos anteriores y/o con retraso del lenguaje para la edad se debe descartar la existencia de hipoacusia y no asumir déficit de estimulación o sobreprotección. Por otro lado, a los 36 meses es esperable que:

- Use frases de 4 a 5 palabras (con un vocabulario de aproximadamente 500 palabras).
- El habla es 80% inteligible a los extraños.
- Comprende algunos verbos.

Examen Físico

La evaluación auditiva debe incluir una otoscopía. Para realizarla adecuadamente debe tomar el borde superior del pabellón auricular (oreja) traccionándolo hacia arriba y hacia fuera, de modo que el conducto auditivo externo quede recto [47].

En lactantes mayores y preescolares, se recomienda que alguno de los padres o cuidadores lo tomen como se muestra en la Figura 21. El niño o la niña se debe sentar mirando al frente, con sus piernas entre las piernas del padre o cuidador y este con una mano abraza al paciente de modo que inmovilice sus brazos, con la otra mano mantiene girada la cabeza del niño o niña a un costado.

A pesar que muchas veces el examen físico de un niño o niña con hipoacusia es normal, pueden encontrarse los siguientes hallazgos asociados a hipoacusia:

- Colesteatoma.
- Perforación timpánica.
- Otitis media con efusión (que persiste por más de 3 meses).
- Tapón de cerumen impactado.



Figura 21: Posición recomendada para realizar examen auditivo en lactantes mayores o preescolares.

Conducta ante sospecha de hipoacusia

Ante la presencia de factores de riesgo, descritos anteriormente según edad, o sospecha de hipoacusia el profesional de APS debe derivar a otorrinolaringología para estudio o si existe la posibilidad, derivar con los exámenes ya realizados [43]:

En niñas y niños **menores de dos años,** la evaluación audiológica se basa en la realización de emisiones otoacústicas que capta la energía generada por la cóclea en forma espontánea o en respuesta a un sonido externo (evocado) y potenciales evocados auditivos automatizados (la respuesta neuroeléctrica del sistema auditivo ante un estímulo sonoro). Estos exámenes permiten sospechar la presencia de patología en el oído interno y/o de la vía auditiva. En caso de estar alterado alguno de los exámenes anteriores, se debe solicitar potenciales evocados de tronco cerebral (BERA- Brainstem evoked response audiometry).

En **preescolares (dos a cuatro años)** la evaluación se puede realizar mediante audiometría condicionada. Esto consiste en que el niño o la niña asocie un estímulo agradable (visual o juego) al sonido, por lo que una vez condicionado se puede llegar a determinar en qué intensidad escucha. A pesar que hoy existen pocos centros que realizan este examen, se está implementando en forma progresiva en los centros hospitalarios.

En **niños y niñas mayores de cuatro años,** la evaluación auditiva se hace mediante una audiometría convencional, examen que se realiza en la atención secundaria. A través de un audiómetro se mide por separado los umbrales auditivos de ambos oídos, tanto para vía ósea (a través del hueso, mide la función del oído interno) como aérea (a través del aire, mide función del oído externo, medio e interno). Los umbrales se grafican con una curva roja para el oído derecho y azul para el oído izquierdo y con líneas discontinuas para la vía ósea y las continuas la vía aérea (Ver figura 22 y 23).

Lo *normal* es que la detección de vía aérea y ósea se sobreponga en una sola curva, que se encuentra entre 0 a 20 decibeles (dB), rango definido como audición normal. Cuando el umbral se detectado es superior a los 20 dB se define como hipoacusia, es decir la persona requiere mayor intensidad para escuchar. En este caso, si las vías aéreas y óseas están sobrepuestas corresponde a una hipoacusia sensorioneural (alteración del oído interno o vía auditiva), mientras que si están separadas la vía aérea y ósea se trata de una hipoacusia de conducción (alteración del oído externo o medio), como se observa en las Figuras WW y GG [38].

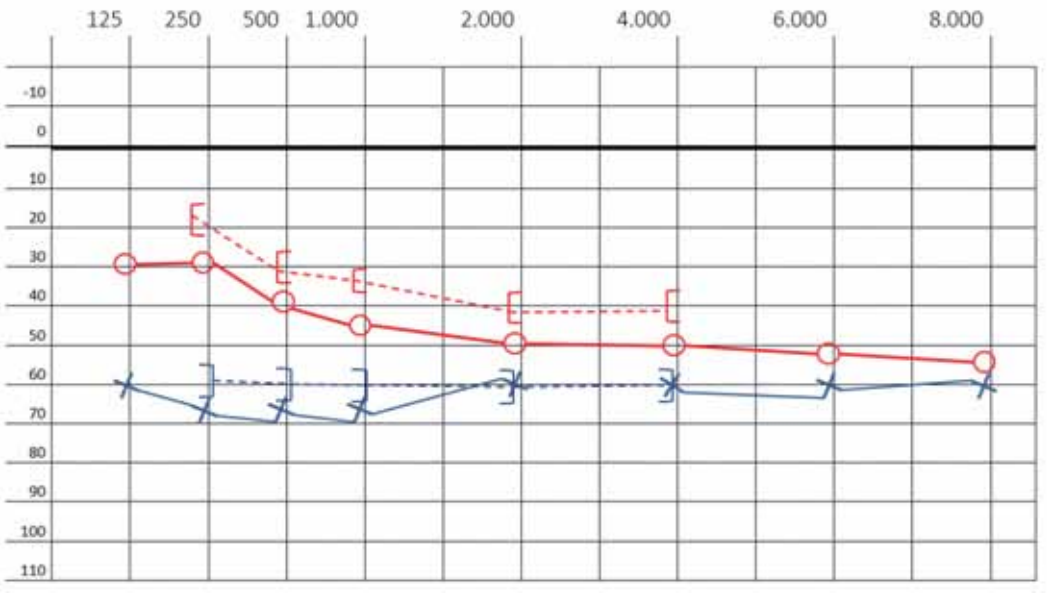


Figura 22: Hipoacusia sensorioneural con mayor compromiso del oído izquierdo.

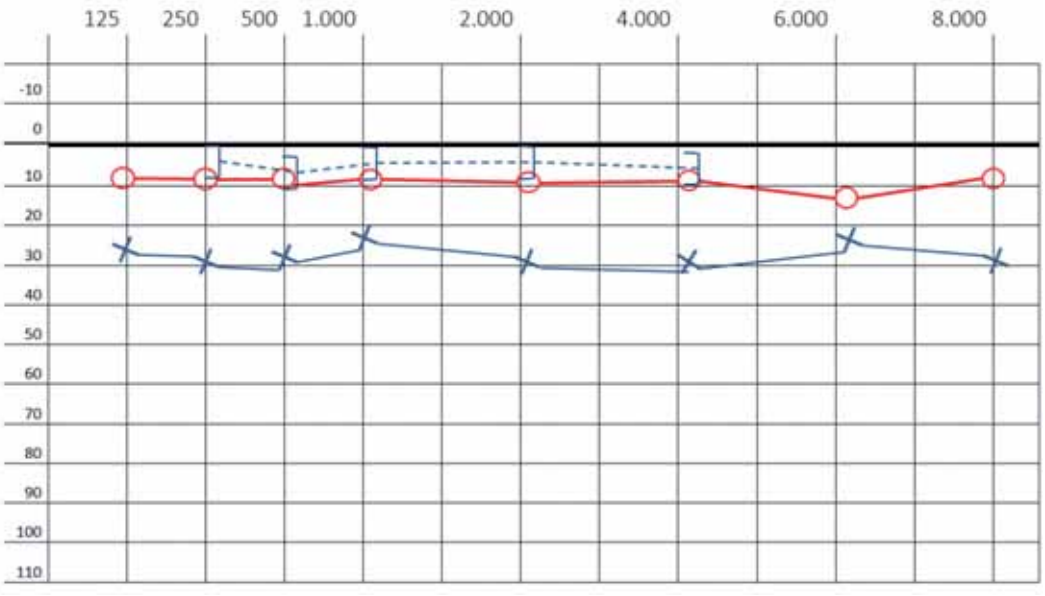


Figura 23: Hipoacusia de conducción del oído izquierdo .

El test de las emisiones otoacústicas y potenciales evocados son evaluaciones con alta sensibilidad y especificidad, a saber:

Tabla 13: Rendimiento de test de tamizaje de hipoacusia

	Emisiones otoacústicas	Potenciales evocados automatizados
Sensibilidad	80-98%	84%
Especificidad	80%	90%

La *impedanciometría* es un examen complementario que se realiza con un impedanciómetro. Se puede realizar a cualquier edad y no requiere colaboración del paciente. Este examen busca evaluar las variaciones de la compliance en función de alteraciones artificiales del sistema tímpano-osicular alterando la presión del aire en el conducto (timpanometría). Los registros se anotan en un gráfico, donde la abcisa indica la presión de aire y la ordenada los valores de la compliance [44] [45]:

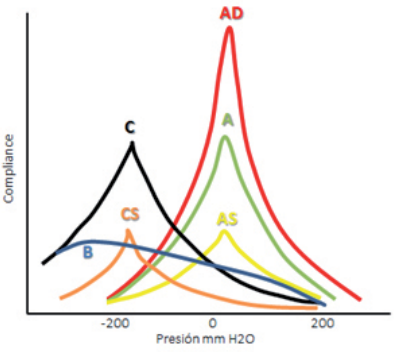


Figura 24: Curvas de impedanciometría.

- Curva tipo A: es la curva normal, máximo de distensibilidad centrado en la presión 0. Indica que el sistema tímpano-osicular funciona con normalidad, aunque no nos indica cuál es la audición.
- Curva tipo Ad: peak centrado pero con una distensibilidad muy marcada. Traduce una ruptura o interrupción de la cadena osicular.
- Curva tipo As: Pico centrado pero con una amplitud muy baja. Corresponde a un tímpano rígido.
- Curvas tipo B: timpanograma plano que carecen de peak. Generalmente traducen en el oído medio obstruido por secreciones, aunque cualquier proceso que anule la cavidad aérea del oído medio la puede causar (tumores, colesteatomas).
- Curvas tipo C: poseen un peak claro pero desplazado a presiones negativas. Se relaciona con obstrucción o mal funcionamiento tubárico.
- Curva tipo Cs: posee un peak disminuido ubicado a nivel de presiones fuertemente negativas. Se relaciona con obstrucción tubárica y presencia de serosidad o mucosidad en la caja.
- Tímpano cicatricial: una perforación cerrada por una membrana monomérica puede dar dos peak de compliance.

En edad escolar es especialmente útil en el diagnóstico y seguimiento de la otitis media con efusión, caracterizada por la acumulación de líquido en el oído medio y que produce una curva plana característica, denominada curva B. Esta patología, que es la causa más frecuente de hipoacusia a esa edad, puede ser controlada inicialmente por un médico general o pediatra, pero si no se revierte en tres meses o existe una sospecha de hipoacusia significativa debe ser derivada a un especialista.



7. EVALUACIÓN ORTOPÉDICA

El desarrollo evolutivo ortopédico del niño o la niña suele ser motivo de consulta frecuente de padres y cuidadores, por esta razón es que el o la profesional que realiza control de salud infantil debe poder diferenciar lo normal de lo patológico en el desarrollo osteomuscular.

En la anamnesis se debe preguntar a los padres si existe dolor referido o dificultad para usar alguna parte de su cuerpo: claudicación de la marcha, falta de fuerzas en extremidades. También es fundamental preguntar si existen asimetrías detectadas. Mientras que el examen físico debe ser completo, con el niño o la niña sin ropa (en ropa interior). Se debe descartar asimetrías corporales, inspeccionar las caderas, la marcha cuando ya caminen y valorar los rangos de movilidad articular.

Dentro del examen ortopédico, se deben enfatizar en distintos aspectos, dependiendo de la edad del niño o la niña:

Anamnesis	Preguntar a los padres sobre la existencia de dolor o dificultad al usar alguna parte del cuerpo.	Siempre
Examen físico	Simetría de extremidades.	Siempre
	Descartar displasia de cadera.	Desde 0 a los 6 meses.
	Descartar claudicación de la marcha.	Desde el inicio de la marcha bípeda.

DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA

Es una alteración del desarrollo de la cadera y puede tener distintos grados, desde una displasia del acetábulo hasta una luxación de la cadera. Entre los factores de riesgo más importantes se encuentran los antecedentes familiares en primer grado de displasia de caderas, el sexo femenino, la presentación podálica. También existe una asociación con ser primogénito, embarazos múltiples y tener otros problemas congénitos (pie talo, tortícolis, metatarso varo) o antecedentes de la gestación (oligohidroamnios) [46].

En el examen físico del lactante deben descartarse los siguientes signos [46]:

- Limitación de la abducción: Al abrir la pierna como un libro no sobrepasa los 60°.
- Signo de Ortolani positivo: Con el niño o niña acostado de espaldas y con las caderas flexionadas en ángulo recto, se apoya el pulgar en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter mayor. Al abducir (alejar de la línea media) se siente un “clic” de entrada de la cabeza del fémur en el acetábulo.
- Signo de Barlow positivo: Con el niño o niña acostado de espaldas y con las caderas flexionadas en ángulo recto, se apoya el pulgar en la cara interna del muslo y el dedo medio a nivel del trocánter mayor. Al aducir (aproximar a línea media) se siente un “clic”

de entrada de la cabeza del fémur en el acetábulo.

- Signo de Galeazzi: Acostado con muslos en ángulo recto se aprecia altura distinta de las rodillas.

Los signos tardíos de displasia de caderas son claudicación (cojera) o marcha de pato. No se retarda el inicio de la marcha.

a) Niños y niñas con factores de riesgo o examen físico alterado en el período del recién nacido

Ante factores de riesgo para displasia de caderas, presentes al nacer (antecedentes familiares de displasia en primer grado o presentación podálica) o alteraciones del examen físico (Ortolani-Barlow positivo, abducción limitada u otras malformaciones congénitas descritas anteriormente) se debe solicitar una **ecografía** de caderas, idealmente entre las 2da y 6ta semana, según disponibilidad local (idealmente utilizando técnica de Graf). Cuando esto no sea posible, debe realizarse una radiografía de pelvis en forma precoz. Siempre que existan factores de riesgo o alteraciones del examen de caderas se debe derivar al niño o niña al traumatólogo infantil para evaluación clínica e interpretación de los resultados del examen (ecografía o radiografía precoz) [51].

b) Radiografía de caderas de niños y niñas de tres a seis meses

A todos los lactantes de dos meses se les debe solicitar en su control sano una radiografía de pelvis anteroposterior (AP) para ser tomada entre los 2 y 3 meses y revisada por médico en el control de los 3 meses de edad, independiente de su riesgo. Esta prestación es una Garantía Explicita de salud [46]. Para la correcta interpretación de la radiografía de pelvis, debe establecerse la línea de Hilgenreiner, Perkins y del acetábulo óseo [51]:

Línea

- Línea de Hilgenreiner: línea horizontal que une la parte superior de los cartílagos triradiados de ambas caderas (Y - Y').
- Línea de Perkins: línea perpendicular a la línea de Hilgenreiner, situada en el borde lateral del acetábulo. Junto con esta dividen a la cadera en cuatro cuadrantes (de Ombredanne o de Putti). La cabeza femoral debe estar en cuadrante inferomedial (la cabeza femoral puede aparecer en forma tardía, hasta los seis meses y aunque esté ausente la radiografía puede interpretarse correctamente). En caso de luxación suele estar en cuadrante superior externo (P & P').
- Línea tangente al acetábulo óseo: partiendo del cartílago triradiado (C & C').

Interpretación de ángulos y distancias:

- Ángulo acetabular, se forma por la intersección de las líneas de Hilgenreiner y de tangente al acetábulo. Este ángulo mide 30 grados como promedio al nacer, se considera patológico (displásico) cuando es mayor a 36 grados al nacer y mayor de 30 grados a los 3 meses de edad. El ángulo acetabular disminuye 0,5 a 1 grados por mes aproximadamente, lo que indica que el acetábulo se sigue desarrollando y que a los 2 años debe estar por lo menos en 20 grados (Tachdjian) (PDC-P'D'C') [46]. Para interpretar los valores por edad se recomienda utilizar como parámetro los siguientes valores [47]:

Valores límites normales del índice acetabular								
Edad (años/meses)	Niñas				Niños			
	Displasia leve		Displasia grave		Displasia leve		Displasia grave	
	derecho	izquierda	derecho	izquierda	derecho	izquierda	derecho	izquierda
0/1 + 0/2	36	36	41,5	41,5	29	31	33	35
0/3 + 0/4	31,5	33	36,5	38,5	28	29	32,5	33,5
0/5 + 0/6	27,5	29,5	32	34	24,5	27	29	31,5
0/7 - 0/9	25,5	27	29,5	31,5	24,5	25,5	29	29,5
0/10 - 0/12	24,5	27	29	31,5	23,5	25	27	29
0/13 - 0/15	24,5	27	29	31,5	23	24	27,5	27,5
0/16 - 0/18	24,5	26	28	30,5	23	24	26,5	27,5
0/19 - 0/24	24	25,5	28	30,5	21,5	23	26,5	27
2/0 - 3/0	22	23,5	25,5	27	21	22,5	25	27
3/0 - 5/0	18	21	25,5	25,5	19	20	23,5	24
5/0 - 7/0	18	20	23	23,5	17	19	21	23

Fuente: González, Jaime, Pesquisa radiológica de la luxación congénita de cadera, Revista Chilena de Ortopedia Traumatológica 1990; XXXI; pp. 91-95.

Otros signos que apoyan el diagnóstico:

- Arco Shenton: es un arco cérvico obturatriz observado en el continuo dibujado por el borde medial del cuello femoral y el borde superior del agujero obturador. La discontinuidad de esta línea puede interpretarse como anormal. Sin embargo también puede deberse a una posición incorrecta al momento de tomar la radiografía (S-S').
- Relación de la línea de Perkins con la metáfisis femoral: La metáfisis (si aún no ha aparecido el núcleo epifisiario) se divide en tres porciones. Normalmente la línea de Perkins debe cruzar la porción media o externa. Si dicha línea cae por la porción medial (interna) hay subluxación y si cae más adentro, la cadera está luxada.

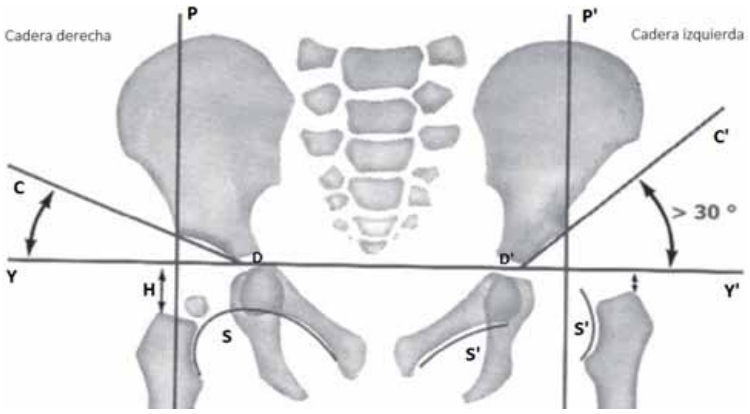


Figura 25: Radiografía de pelvis con luxación. La cadera derecha anormal (<30°), lado izquierdo normal

Ante cualquier alteración de la radiografía de cadera, el niño o la niña debe ser derivado al traumatólogo infantil. El equipo de salud debe recordar que el diagnóstico y tratamiento de la displasia del desarrollo de cadera, al igual que el tamizaje, está incluido en el GES «Displasia luxante de cadera».

ESCOLIOSIS

La escoliosis corresponde a la deformidad estructural de la columna vertebral en el plano coronal (frontal) en forma permanente, asociado a componentes rotacionales simultáneos de la columna. Una curvatura mayor a 10 grados de la columna y acompañada de rotación vertebral requiere seguimiento y evaluación experta. Para descartar escoliosis en el control de salud infantil se recomienda utilizar el Test de Adams desde los 5 o 6 años [48].

a) Test de Adams

El Test de Adams permite detectar escoliosis, para realizarlo, el niño o la niña debe encontrarse en ropa interior, con el cabello recogido y con las piernas juntas y extendidas (las rodillas no deben estar dobladas), inclinando el cuerpo hacia adelante intentado o tocando sus pies (Ver figura 26). El profesional debe observar la espalda mientras el paciente se encuentre inclinado, lo normal o "sin escoliosis" es que mientras el niño o la niña esté inclinado se observen ambos omóplatos a la misma altura, mientras que lo anormal es observar una giba dorsal o lumbar hacia el lado de la convexidad de la curvatura.



Figura 26: Test de Adams positivo (con escoliosis)

En caso de sospecha de escoliosis, el niño o la niña debe ser derivado al médico para evaluación, seguimiento y eventual derivación a traumatología. El profesional debe recordar que la escoliosis es una condición progresiva, que puede empeorar durante la adolescencia. El tratamiento quirúrgico de la escoliosis se encuentra cubierto por las GES [53].

GENU VALGO

Corresponde a una posición de muslos y piernas donde las rodillas se encuentran juntas y los pies separados (posición en X). Lo más frecuente es que sea una condición benigna y transitoria. Para su evaluación el niño o la niña debe estar de pie con las rodillas juntas, se mide la distancia entre ambos maléolos internos (Ver figura 27).



Figura 27: Genu valgo

El genu valgo es fisiológico hasta los 10 años de edad, siendo mucho más notorio cerca de los tres a cuatro años y puede acompañarse de rotación de los pies (generalmente interna). En niños y niñas con sobrepeso u obesidad puede ser más evidente. Sin embargo se considera patológico o anormal cuando persiste en la adolescencia, es asimétrico o la distancia entre los pies (intermaleolar) es mayor a 10 cm o si se encuentra asociado a otras condiciones (antecedentes de patología ósea o traumatismos).

El genu valgo fisiológico no amerita tratamiento. En caso de presentar signos de genu valgo patológico o anormal, debe ser derivado a traumatología infantil para evaluación y eventual tratamiento.

GENU VARO



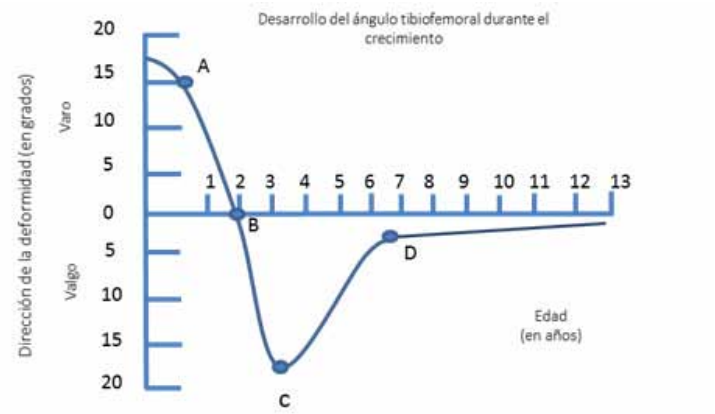
Figura 28: Genu varo

Corresponde a una posición de los muslos y piernas donde las rodillas se encuentran separadas y los pies juntos (posición de vaquero). Lo más frecuente es que sea transitoria, hasta los dos años de edad. Se incrementa con la obesidad y la bipedestación temprana.

Hasta los dos años, generalmente, se acompaña de rotación interna del pie. Se considera patológico cuando persiste luego de los dos años; se incrementa en vez de disminuir; es asimétrico; la distancia intercondilea (entre rodillas) es demasiado amplia (mayor a 5 cm) o está acompañando de otras patologías óseas como raquitismo o displasias.

El genu varo fisiológico no amerita tratamiento. En caso de presentar signos de genu varo patológico o anormal, debe ser derivado a traumatología infantil para evaluación y eventual tratamiento.

Gráfico Nº 3 Evolución normal del ángulo tibiofemoral durante el crecimiento [49]



Fuente: Salenius P, Vankka E, The development of the tibiofemoral angle in children.

PIE PLANO

Alteración caracterizada por un aumento del área de contacto plantar con arco longitudinal interno disminuido o ausente. Después de los 3 años es posible empezar a descartar el pie plano, ya que en los menores existe una almohadilla de grasa palmar que aumenta el área del pie con el suelo [50]. En caso de existir pie plano en niños y niñas mayores de 3 años es necesario identificar si es flexible o rígido, para ello existen dos maniobras recomendadas:

a) Acostar al niño o la niña en la camilla con los talones en ángulo recto y luego presionar suavemente el primer dedo del pie hacia el empeine (Ver figura 29).

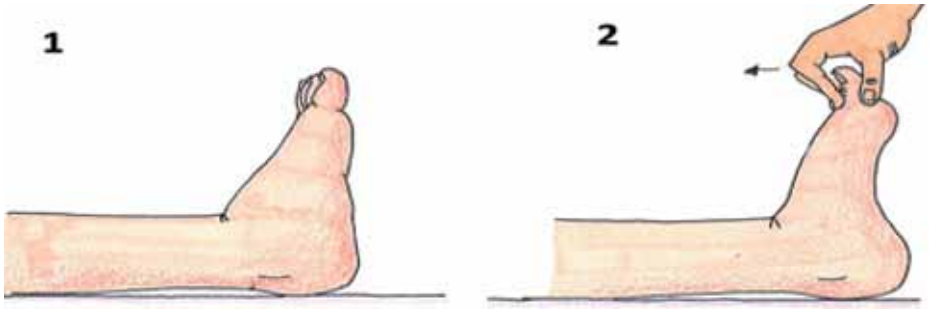


Figura 29: Maniobra presionar primer dedo del pie hacia el empeine

b) Con el niño o la niña parado y apoyado en una muralla, solicitar que levante el talón y se mantenga parado apoyándose en los metatarsos (Ver figura 30).

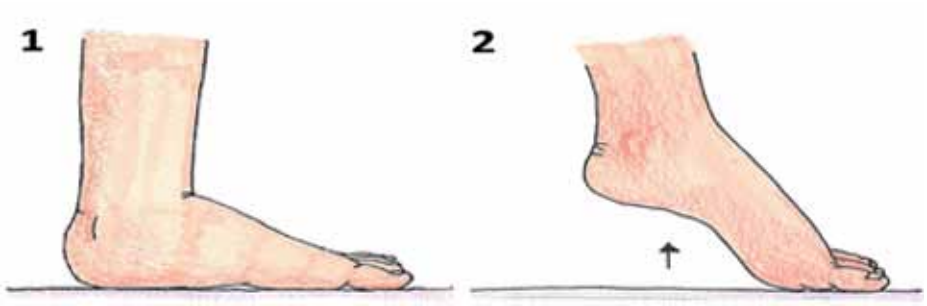


Figura 30: Maniobra talones levantados

Si cuando se presiona el primer dedo del pie o cuando el niño o la niña levanta los talones, se produce una elevación del arco interno, es porque corresponde a un pie plano flexible, si ello no se produce corresponde a pie plano rígido.

- *Pie plano flexible:* es fisiológico y la gran mayoría tiene una etiología desconocida, se piensa que se produce por hiperlaxitud ligamentaria y mayor presencia de tejido graso en el pie. No requiere tratamiento. El pie plano flexible se caracteriza por que al poner en punta de pie o al elevar el primer ortejo del evaluado, estando idealmente el pie en apoyo, reaparece el arco. Se debe derivar al traumatólogo infantil cuando está asociado a dolor. En todos los casos se puede recomendar andar descalzo en la arena, pasto o alfombra para fortalecer la musculatura del pie.
- *Pie plano rígido (patológico):* se produce como consecuencia del astrágalo vertical congénito. Se diferencia del pie plano flexible en que el arco no reaparece con las maniobras antes descritas. Los niños y niñas con pie plano rígido con o sin dolor deben ser derivados a traumatólogo infantil para evaluación.

MARCHA

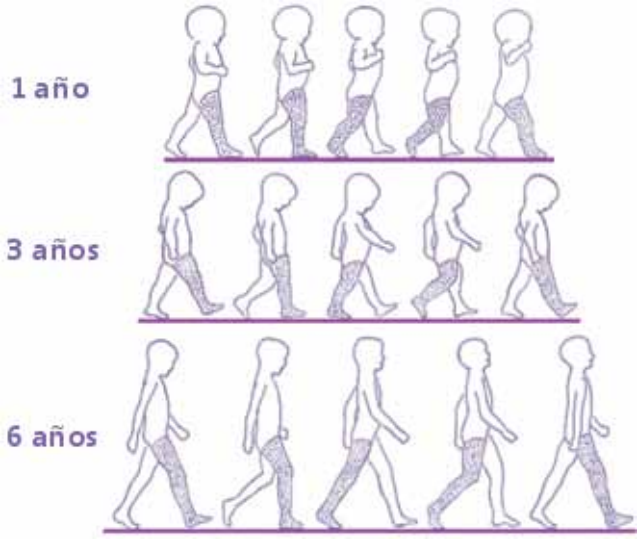
Para hacer un buen examen de la marcha, hay que desnudar al niño o niña y mirarlo por adelante, atrás y el lado, primero en reposo y luego caminando. En reposo, solo con ropa interior y de pie, observar de frente y de espalda la simetría del cuerpo, articulaciones, huesos (pelvis, escápula) y de los pliegues. De lado, deben evaluarse las curvas de la columna, buscando una patología frecuente como dorso curso o hiperlordosis lumbar. Luego pedir al niño o la niña que camine, idealmente varios metros, para observar simetría o claudicación y estabilidad de la marcha.

a) Marcha normal

La marcha normal es aquella que permite realizar un menor gasto energético al organismo y provee de libertad de movimiento para la realización de actividades, como caminar, correr y hacer deporte. Para que la marcha normal pueda suceder, se requiere indemnidad del sistema nervioso, muscular y osteoarticular. Habitualmente la marcha se inicia entre los 10 y 15 meses, **si la marcha no ha iniciado a los 18 meses debe ser estudiada.**

Al comienzo la marcha es insegura e inestable, el niño o la niña camina con las piernas arqueadas fisiológicamente (genu varo) y con los codos flectados. Es importante que desde el comienzo se eduque a los padres y cuidadores para que nunca usen «andador» dado que aumenta el genu varo, sufren más caídas y accidentes.

Hacia los 3 años la marcha está más segura, en este momento las piernas se arquean en genu valgo (rodillas juntas, pies separados y rotados levemente hacia adentro, simétrico). Muchas veces a esta edad los preescolares miran al suelo para tener más estabilidad y esto es normal. Recién a los 6 o 7 años se alcanza el patrón de marcha maduro, con la seguridad y estabilidad similar a la del adulto.



b) Marcha Patológica

Evaluar la presencia de marcha en punta de pie (marcha equina), o en talones (posición talo), ver si hay claudicación de la marcha (cojera). La claudicación es siempre un síntoma de alarma pues puede ser síntoma de patología traumatológica de alta complejidad, por ejemplo, infección osteoarticular, traumatismos, neoplasias, enfermedades neuromusculares o autoinmunes, enfermedad de Perthes.

La marcha patológica puede ser causada por diferentes causas: dolor, deformidades estructurales (huesos y articulaciones), desórdenes neuromusculares y debilidad muscular aislada. Dentro de las causas más frecuentes de marcha patológica, según origen se encuentran las siguientes:

Para el profesional que realiza la evaluación una clasificación que ayuda al correcto diagnóstico es la clasificación por edades de las causas más frecuentes de dolor, ellas son:

Origen	**Dolor**	- Columna: discitis. - Cadera: coxalgias. - Rodilla: artritis. - Tobillos y pie: traumas.
	Desórdenes neuromusculares	- Parálisis cerebral. - Mielopatías. - Polineuropatías. - Miopatías.
	Debilidad muscular aislada	- Postinmovilización prolongada. - Trauma muscular.

Edad	Patología	Antecedentes clínicos	Conducta
Toda edad	Infección osteoarticular (osteomelitis, artritis)	Antecedente de trauma (frecuente), dolor persistente, signos inflamatorios locales, compromiso del estado general, fiebre (fiebre sobre 38,5 rectal, imposibilidad de apoyar extremidad, VHS >40 y hemograma>12.000 blancos).	Requiere derivación urgente, hospitalización y médico quirúrgico en caso de confirmación diagnóstica
Toda edad	Traumatismos	Uso de calzado inadecuado, contusiones, caídas	Manejo en APS, traumatología infantil o urgencia según diagnóstico. En caso de lesiones frecuentes o inhabituales sospechar maltrato infantil
Toda edad	Neoplasias (leucemias, linfomas, tumores malignos y benignos óseos)	Dependiendo de la causa, dolor, baja de peso, compromiso del estado general, aumento de volumen local, fiebre, entre otros	Estudio para diagnóstico diferencial y derivación a nivel secundario /urgencia según sospecha diagnóstica
Toda edad	Enfermedades neuromusculares: parálisis cerebral	Lesiones cerebrales que ocurren entre el período fetal y los 5 años de vida que condicionan daño permanente y no progresivo. Antecedentes de noxas durante el embarazo, prematurez, APGAR bajo en parto, enfermedades adquiridas en la niñez que afecten el Sistema Nervioso Central. Marcha tardía (después de los 18 meses), espasmos o rigidez en los músculos, movimientos involuntarios, y/o trastornos en la postura o movilidad del cuerpo.	Ante sospecha, derivación a neurología infantil.
Lactante y preescolar	Displasia del desarrollo de caderas	En caso de detección tardía que lleve a marcha patológica: claudicación desde el inicio de la marcha.	Derivación urgente a un especialista traumatólogo infantil, para manejo médico quirúrgico.
Lactante y preescolar	Sinovitis transitoria de cadera	Dolor de cadera y cojera aguda, antecedentes de infección respiratoria alta, dolor con disminución de la abducción y rotación interna de la cadera. Siempre realizar diagnóstico diferencial con artritis séptica (artritis séptica se acompaña de fiebre sobre 38,5 rectal, imposibilidad de apoyar extremidad, VHS >40 y hemograma>12.000 blancos).	Ante duda de artritis séptica, derivar a urgencias.
Lactante y preescolar	Fractura del lactante (“Toddler`s Fracture)	Lactante mayor que claudica, con dolor pretibial y radiografía poco evidente.	Derivar a urgencia.

Lactante y preescolar	Enfermedad de Perthes	Generalmente afecta entre los 4 y 8 años de vida, se caracteriza por coxalgias de más de 3 semanas. Ocurre una necrosis avascular de la cabeza femoral. A veces también puede doler la rodilla (muchas veces el dolor de rodilla es signo de alteraciones de cadera). Su pronóstico es variable, la evolución es prolongada.	Derivación y tratamiento por un especialista traumatólogo infantil.
Lactante y preescolar	Artritis idiopática juvenil	Artritis de más de 6 semanas de evolución en que se han descartado procesos infecciosos o linfoproliferativos.	Derivación inmediata a reumatólogo o inmunólogo infantil. Para detalles consultar la guía GES[12]
Lactante y preescolar	Osteocondrosis	La más frecuente a esta edad (8 a 11 años) es la enfermedad de Sever, caracterizada por dolor de talones, uni o bilateral.	Manejo ortopédico y sintomático. Condición autolimitada.

CARACTERÍSTICAS DE UN ZAPATO ADECUADO

Una pregunta frecuente al profesional que realiza supervisión de salud es por el tipo de calzado que los niños y las niñas debieran utilizar, especialmente en sus primeros años de vida [7] [56].

Diversos trabajos han demostrado que aquellas personas que no usan zapatos poseen pies con mayor fuerza, mayor flexibilidad y movilidad y al mismo tiempo tienen menor deformidad. Los zapatos debieran utilizarse para proteger al pie del frío o de las superficies que son irregulares, pero cuando el niño o la niña se encuentre en un lugar seguro, se le debe permitir andar sin zapatos [7] [56].

Los zapatos ideales son aquellos que permiten el desarrollo de un pie en crecimiento, no necesariamente los más caros ni los de moda. Algunos principios orientadores para el uso de calzados en bebés, lactantes y preescolares son los siguientes [7] [57]:

- Los bebés y lactantes pequeños no necesitan zapatos.
- Los lactantes que caminan no necesitan zapatos en un ambiente protegido.
- Se debe medir el tamaño del pie en cada compra (los pies crecen rápidamente).
- El calzado debe acomodar de inmediato, no se debe comprar «crecedor» o esperar que el niño o la niña «ablande» los zapatos.
- Es normal que niños y niñas no desarrollen un arco plantar hasta la edad prepuberal, no se requiere de un “zapato formador».
- Niños y niñas deben usar zapatos con la forma del pie (punta cuadrada), con suficiente espacio para permitir el movimiento de los dedos.
- Entre la punta del primer dedo del pie y la punta del zapato debe existir un dedo (pulgar) de separación.
- El talón del zapato debe calzar cómodo y no resbalar.
- La suela debe ser blanda (flexible) y proteger de heridas al pie.
- El zapato debe ser de material que respire, como el cuero.
- El zapato debe dar suficiente espacio para el pie crezca (sin quedar grande al momento de la compra).
- Un zapato nunca debiera causar callosidades, dolor ni deformidad.
- Idealmente antideslizante.

12 Para mayor información revisar: Guía Clínica GES: Artritis idiopática juvenil/Artritis reumatoidea juvenil.



8. EVALUACIÓN DE GENITALES

La evaluación genital y de madurez puberal es una parte importante del examen físico de niños y niñas. Debe ser efectuada con especial cuidado, informando tanto a los padres como al niño o la niña, de lo que se realizará y el motivo.

A continuación se muestran los problemas frecuentes a encontrar en el examen de genitales, según sexo:

EN LOS NIÑOS

a) Criptorquidia

Ausencia de uno o ambos testículos en la bolsa escrotal. Diferenciar de testículo en ascensor (ascenso del teste al canal inguinal por el reflejo cremasteriano, para protección y termorregulación), por lo que es importante consultar a los padres o cuidadores si es que el teste se aloja espontáneamente en el escroto y en oportunidades asciende o si nunca se encuentra en el escroto [58]. Es recomendable examinar al niño de pie y si no se detecta el testículo, proceder a examinar en posición sentado como indio (piernas cruzadas). Si no se encuentra el testículo siempre debe ser evaluado por un médico, quién debe confirmar el diagnóstico y debe derivarlo en forma urgente al cirujano infantil.

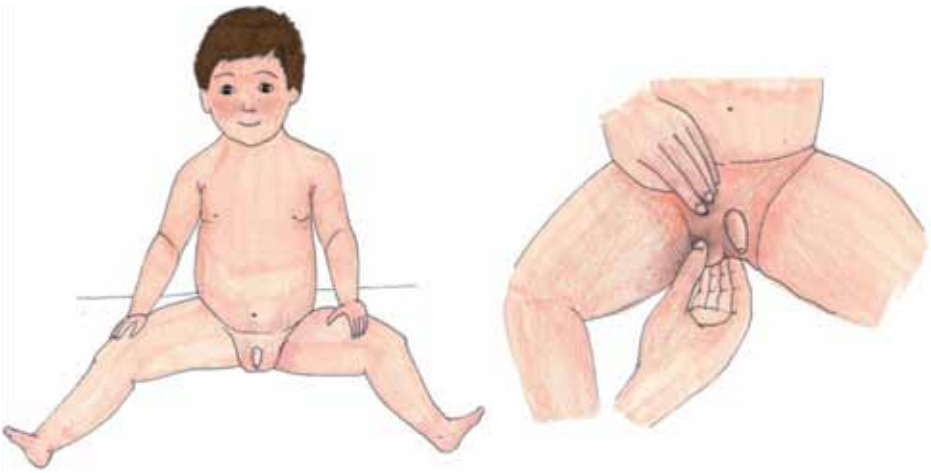


Figura 32: Evaluación para descartar criptorquidia

b) Aumento de volumen escrotal indoloro

Dentro de las causas más frecuentes de aumento de volumen escrotal indoloro, se encuentran:

Hidrocele
Transiluminación positiva, no reductible, el tamaño es variable. Derivar si persiste después de los 12 meses.

Hernia inguinal
Transiluminación negativa, reductible. Derivación inmediata para evaluación por especialidad. Todas las hernias inguinales requieren corrección quirúrgica.

Aumento de la región inguinal
Cualquier aumento de volumen, sugerente de quiste del cordón o hernia inguinal debe ser derivado a especialidad a cualquier edad.

c) Fimosis

La piel que recubre al glande (prepucio), se encuentra estrecha y no permite retraerla para mostrar el surco balanoprepucial, puede ser parcial. Es importante que en el examen físico no se fuerce el prepucio e instruir a la familia en que no se debe forzar ni para realizar aseo ni tampoco para ejercitarlo. El intentar retraer el prepucio en forma reiterada, va causando fisuras en la piel que al cicatrizar empeoran el pronóstico de la fimosis y también puede generar una parafimosis (el prepucio se queda atrapado en el surco balanoprepucial, generando una emergencia quirúrgica, por estrangulación del glande).

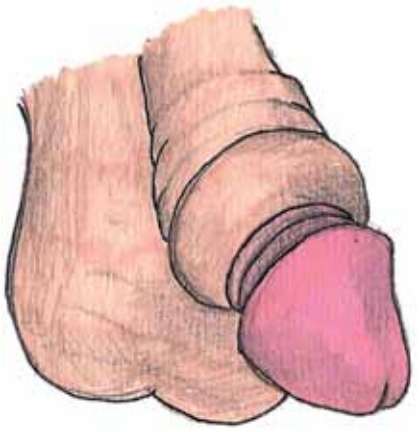


Figura 33: Parafimosis

Hasta los dos años se considera totalmente fisiológico, para proteger el glande de irritaciones. Antes de los cuatro años se considera normal, siempre que no tenga infecciones urinarias recurrentes o balanitis recurrentes. No se aconseja derivar para cirugía a esta edad, salvo en los casos anteriormente descritos.

La derivación para evaluación y tratamiento médico o quirúrgico por especialidad deberá hacerse sin urgencia en los siguientes casos:

- Fimosis en mayor de 4 años
- Fimosis en menor de 4 años con antecedentes de infección urinaria, balanopostitis o abalonamiento del prepucio al orinar.

d) Quistes de esmegma

Son cúmulos de secreción sebácea que se pueden observar por transparencia bajo el prepucio, como quistes amarillentos. No debe hacerse nada especial con ellos y si se comunican con el exterior pueden vaciarse.

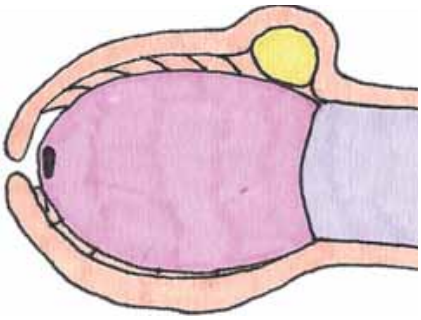


Figura 34: Quiste de esmegma

e) Anomalías de posición del meato uretral (hipospadia)

Meato desplazado hacia la cara ventral del glande, es la anomalía de posición del meato más frecuente. Derivar a especialidad a cualquier edad al momento del diagnóstico.

EN LAS NIÑAS

a) Sinequia

Corresponde a una adherencia cicatricial que produce una unión del borde del introito o entre los labios menores, de origen incierto pero que muchas veces se asocia a dermatitis del pañal recurrente o a irritación de los genitales externos. Es generalmente asintomática, pero sin tratamiento puede llevar a infección urinaria e incluso micción endovaginal. Si está presente al examen físico, las niñas deben ser derivadas con un médico para su tratamiento. En atención primaria debe intentarse el masaje digital con vaselina como primera línea de tratamiento. Es importante recalcar que el tratamiento de las sinequias es médico y no quirúrgico. Debe efectuarse seguimiento hasta el período puberal.

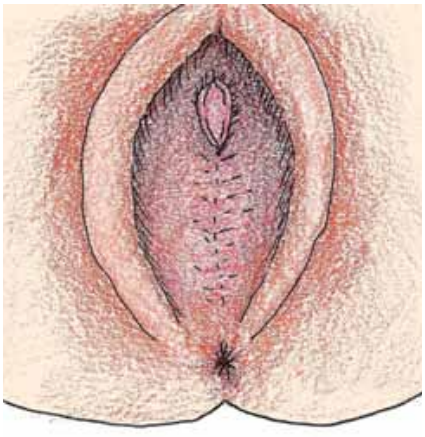


Figura 35: Sinequia

b) Vulvovaginitis

Es un proceso inflamatorio de la vulva y/o vagina. En las niñas prepuberales puede ser por causas inespecíficas, secundaria a oxiuros, específica (por agentes respiratorios, estreptococos, patógenos entéricos o transmisión sexual) y por cuerpos extraños. Siempre debe ser derivada a un médico para evaluación y tratamiento. Se debe instruir a todos los padres (no solamente en presencia de vulvovaginitis) para que las niñas usen ropa interior de algodón, no usen jabón en los genitales y aprendan a limpiarse adecuadamente luego de defecar (hacia atrás, pasando una sola vez cada papel y luego desechándolo). Si existe sospecha de abuso sexual, derivado de la etiología de la vulvovaginitis, se debe seguir el manejo de acuerdo con la *Guía clínica* de abuso sexual en menores de 15 años (con criterio, no asustar de más a la familia) [59]. El *abuso* sexual es una causa poco frecuente de vulvovaginitis, sin embargo debe ser considerada en caso de sangramiento vaginal y considerando el contexto general de la niña.

c) Aumento de volumen inguinal

Debe ser derivado a especialidad a cualquier edad ya que puede corresponder a una hernia inguinal, que son de corrección quirúrgica siempre.



9. SALUD BUCAL

La salud bucal es un componente indispensable de la salud general ya que influye positivamente no solo en el bienestar físico sino también en el bienestar psicológico (autoestima) y social (comunicación y relaciones sociales) de las personas. Comprende un estado de completa normalidad anatómica y/o funcional de la cavidad bucal, así como de las estructuras vecinas que forman parte del complejo maxilofacial.

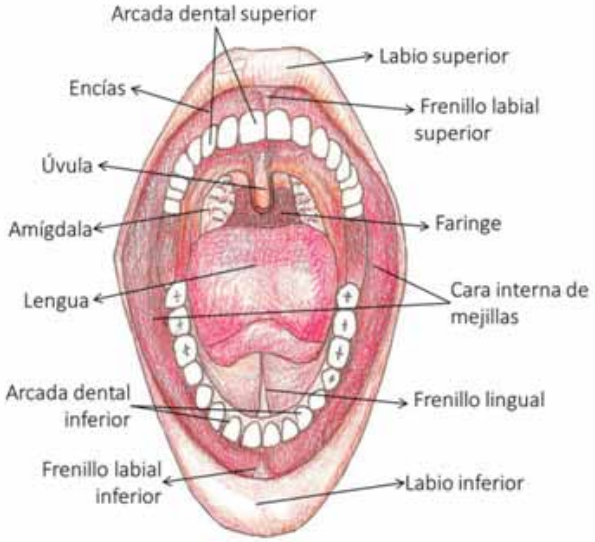


Figura 36: Boca

Es importante que las personas tomen conciencia de la importancia de mantener una adecuada salud bucal, así como también, prevenir las enfermedades bucales más frecuentes: caries, gingivitis, enfermedad periodontal y las anomalías dentomaxilares. La prevención de estos problemas de salud es la manera más efectiva de evitar su aparición, mediante medidas realizadas en el hogar, jardín infantil y escuela.

EXAMEN FÍSICO DE BOCA Y FARINGE

El examen de boca y faringe es parte del examen físico general infantil. Existen distintas alternativas para realizarlo, dependiendo de la edad del niño o la niña y de la infraestructura disponible.

En la clínica odontológica, el dentista realiza el examen con el niño o la niña recostado en el sillón dental. Cuando el niño o la niña es pequeño o pequeña y manifiesta ansiedad al momento del examen, la madre, padre o cuidador puede recostarse en el sillón y abrazarle para que se recueste y el dentista pueda examinar la boca.

Cuando el examen se realiza en un ambiente distinto a la clínica odontológica o cuando el niño o la niña manifiesta ansiedad frente al examen bucal, este puede realizarse en un lugar distinto al sillón dental.

Una técnica, muy utilizada por el odontólogo para el examen bucal infantil y que es fácilmente replicable por otros profesionales no especialistas es la posición «rodilla-rodilla», donde el examinador y madre, padre o cuidador están sentados en las sillas a la misma altura, frente a frente y manteniendo sus rodillas en contacto. El niño o la niña está acostado con la cabeza apoyada en las piernas de profesional, en contacto visual con su acompañante, quien, además, le sujeta los brazos.

Sin embargo, en el contexto de los controles de salud realizados por médicos, enfermeras y nutricionistas en el centro de salud, el examen de salud bucal también puede realizarse sobre la camilla, integrado en la secuencia habitual del examen físico general.

En el contexto comunitario, el examen puede realizarse en los establecimientos de educación, adoptando la técnica «rodilla-rodilla» u otras alternativas, dependiendo del mobiliario disponible. El niño o la niña puede recostarse sobre una mesa protegida por una colchoneta con el examinador sentado detrás de su cabeza o incluso puede recostarse en el suelo [60].

Para generar un ambiente acogedor que facilite el acercamiento entre el niño o la niña y el o la profesional que realiza el examen, es importante que el niño y el examinador estén cómodos.

El instrumental que se debe utilizar debe ser un «baja lengua» y/o un espejo bucal. Lo más importante es una buena iluminación, ya sea natural o artificial. De ser necesario evaluar la necesidad de uso de guantes y mascarilla.

En la boca se encuentra la lengua, los dientes y las encías, a continuación viene la faringe. Entre los dientes y la mucosa interna de las mejillas se identifica el vestíbulo. El techo de la boca está formada por el paladar duro y más atrás, el blando. Del borde del paladar blando cuelga la úvula.

La boca está separada de la faringe por los pilares palatinos anteriores y posteriores, y entre ambos pilares se encuentran las amígdalas o tonsilas.

Durante el examen de boca y faringe, se debe examinar:

- Labios: evaluar si están secos o agrietados, y si existe o no queilitis angular (boqueras).
- Mucosa bucal y cara interna de las mejillas: evaluar el frenillo labial superior ya que puede encontrarse fibroso o hipertrofiado.
- Encías: evaluar si hay inflamación, sangramiento o heridas.
- Lengua: evaluar movilidad y presencia, o no, de capa blanquecina desprendible sobre la superficie, que aumenta al haber una higiene deficiente o cuadros febriles.
- Piso de boca: evaluar frenillo lingual, debido a que si está corto determina una limitación del movimiento de la lengua, pudiendo influir en el amamantamiento y en la fonación.
- Rebordes dentarios y/o dientes: evaluar si están las piezas dentarias adecuadas a la edad, observar rebordes alveolares (cuando aún no erupcionan las piezas dentarias) por posibles inflamaciones de la encía cuando está una pieza en proceso de erupción, además evaluar la higiene de los dientes.
- Faringe: El examen es mejor si se ilumina con una linterna u otro. Evaluar si hay inflamación o heridas en pilares palatinos anteriores y posteriores y las amígdalas.



Figura 37: Evaluación de labios, mejillas y encías (de arriba abajo)



Figura 38: Evaluación de dientes, piso de boca y frenillos (izquierda a derecha)



Figura 39: Evaluación de la faringe

Si al examen encuentra alguna alteración en el aspecto, coloración, presencia de inflamación, heridas o úlceras de más de 10 días de evolución, en zonas de tejidos duros o blandos, se recomienda la evaluación por un cirujano dentista en el Centro de Salud.

¿Cómo cepillar los dientes?

El cepillo dental se debe colocar en 90° sobre las caras externas de los dientes (caras vestibulares), realizando un movimiento de rotación sobre las superficies dentarias; el procedimiento se repite en las caras palatinas y linguales. Las caras oclusales se cepillan con movimientos de rotación [56].

ERUPCIÓN DE LOS DIENTES SEGÚN EDAD

Los dientes primarios, temporales o «de leche», empiezan a salir aproximadamente a los seis meses de edad. El número de dientes temporales es de 20 (10 superiores y 10 inferiores) y terminan de aparecer, con seguridad, a los tres años de edad. Estos dientes permiten a niños y niñas masticar y comer adecuadamente, ayudando en la formación de los sonidos y mantienen el espacio para los dientes adultos (permanentes).

Los dientes temporales son importantes porque guían la posición de los permanentes. Los dientes permanentes generalmente comienzan a erupcionar entre los cinco y seis años de edad. La buena salud oral beneficia la salud general de niños y niñas. Los dientes temporales necesitan tanta atención como los permanentes. Las caries en los dientes temporales pueden producir dolor y angustia dificultando comer, dormir, jugar y causar otros problemas más tarde en la vida, como por ejemplo: desórdenes en la masticación, alteraciones estéticas y de oclusión, problemas de fonoarticulación, etc. [62].

Se considera erupción retrasada cuando ningún diente ha emergido al finalizar el mes 13. Existen edades promedio en los que se espera la erupción de piezas dentales específicas, a saber:

Tabla 14: Edad media de erupción de piezas temporales

	Piezas dentales	Fecha promedio de erupción	Fecha de caída normal
Superiores	Incisivo central	9 meses (7-12 meses)	7 ½ años (6 a 8 años)
	Incisivo lateral	10 meses (9-13 meses)	8 años (7 a 8 años)
	Canino	18 meses (16 a 22 meses)	11 ½ años (10 a 12 años)
	Primer molar	15 meses (13 a 19 años)	10 ½ años (9 a 11 años)
	Segundo molar	24 a 30 meses (25-33 meses)	10 ½ años (10 a 12 años)
Inferiores	Incisivo central	6 meses (6 a 10 meses)	6 a 7 años (6 a 8 años)
	Incisivo lateral	7 a 12 meses (7 a 16 meses)	7 años (7 a 8 años)
	Canino	18 a 19 meses (16 a 23 meses)	9 ½ años (9 a 12 años)
	Primer molar	15 a 16 meses (12 a 18 meses)	9 a 10 años (9 a 11 meses)
	Segundo molar	24 a 26 meses (20 a 31 meses)	10 a 11 años (10 a 12 años)

Fuente: Palomino, H; Blanco, R & Cisternas, A (1980). Edad y orden de aparición de los dientes deciduales en una población de Santiago [60]

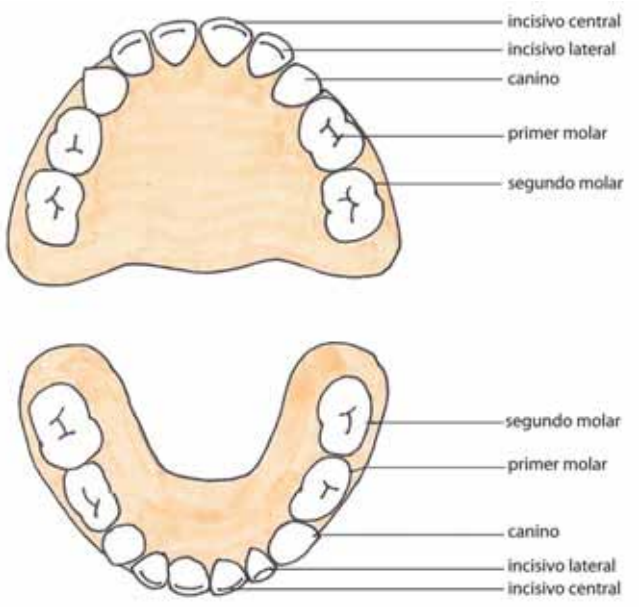


Figura 40: Esquema arcadas dentarias con dientes temporales.

Los 20 dientes de leche se ubican simétricamente, 10 en el maxilar superior, y 10 en el maxilar inferior, agrupados por función, como se ve en la figura 40.

RECAMBIO DENTARIO

El período de recambio dentario se extiende aproximadamente entre los 6 a los 12 años de edad, tiempo en el cual se produce el cambio de los dientes temporales por los dientes definitivos. En este período se distinguen 2 etapas:

- Dentición mixta primera fase: se extiende en promedio entre los 6 y 9 años, en esta etapa se produce la erupción del primer molar definitivo por detrás del segundo molar temporal y recambio en la zona anterior, incisivos centrales y laterales.
- Dentición mixta segunda fase: se extiende en promedio entre los 9 y 12 años, en esta etapa se produce la erupción del segundo molar definitivo, el recambio de la zona lateral, reemplazándose los canino, primer y segundo molar temporal por caninos, primer y segundo premolar.

a) Importancia del primer molar permanente

Es la primera pieza permanente en erupcionar, alrededor de los 6 años, sin que se caiga ningún diente temporal, por lo que su erupción puede pasar inadvertida para el niño o la niña y sus padres. Este diente cumple funciones importantes tales como, ser clave en la forma en que morderá a futuro el niño o la niña y en la eficiencia con que masticará en su vida adulta, además es un pilar para la correcta ubicación de las piezas posteriores [59].

Cuando los cuidados de higiene son deficientes y debido a que puede no ser advertida su erupción, es posible que dañe o se pierda este molar produciendo una serie de daños muy difíciles de corregir, entre ellos desplazamiento y/o rotación de dientes vecinos, alteraciones en la mordida y en la masticación [59].

Si al examen encuentra alguna alteración en el aspecto, coloración, presencia de inflamación, heridas o úlceras de más de 10 días de evolución, en zonas de tejidos duros o blandos, se recomienda la evaluación por un Cirujano Dentista en el Centro de Salud.

Tabla 15: Edad media de erupción de piezas permanentes

	Piezas dentales	Fecha promedio erupción
Superiores	Incisivo central	7 a 7,5 años
	Incisivo lateral	8 a 8,5 años
	Canino	11 a 11,6 años
	Primer premolar	10 a 10,3 años
	Segundo premolar	10,7 a 11,2 años
	Primer molar	6 a 6,3 años
	Segundo molar	12,2 a 12,7 años
Inferiores	Incisivo central	6 a 6,5 años
	Incisivo lateral	7,2 a 7,7 años
	Canino	9,7 a 10,2 años
	Primer premolar	10 a 10,7 años
	Segundo premolar	10,7 a 11,5 años
	Primer molar	6 a 6,2 años
	Segundo molar	11,7 a 12 años

Fuente: Ramírez de los Santos Jacqueline, Odontopediatría clínica, 1ª Edición 1991, Santo Domingo República Dominicana

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

La derivación desde el control infantil hacia el control de salud bucal puede ocurrir por 3 criterios diferentes: control, riesgo o daño.

- Por control. Existen edades priorizadas en las que el dentista debe realizar los controles de salud bucal. Estas edades han sido definidas según riesgo biológico y corresponden a los 2, 4 y 6 años de edad. Los profesionales que realizan los controles de salud infantil deben derivar oportunamente al niño o la niña para el control odontológico de estas edades.
- Por riesgo. De acuerdo a la aplicación de las pautas de evaluación bucodentaria, los profesionales de salud pueden derivar al niño o niña para evaluación odontológica durante todo el período hasta los 6 años. Cuando el puntaje total de la pauta es de 3 o más puntos y se mantiene durante 3 controles, se debe derivar al odontólogo. En caso de prematuros, el puntaje de riesgo disminuye a 2, mantenidos durante 3 controles.
- Por daño: En el caso de pesquisar patología bucal, anomalías dento-maxilares y/o dientes perinatales en los controles de salud infantil, los profesionales de salud deben derivar al niño o la niña al odontólogo para su evaluación. En el caso de detectar signos y síntomas de urgencias odontológicas, la derivación para atención GES urgencias odontológicas ambulatorias debe ser inmediata.

PAUTA DE EVALUACIÓN BUCODENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS

La Pauta bucodentaria infantil es un instrumento que apoya la evaluación bucal en el control de salud infantil, de la consulta de salud nutricionales y controles de salud bucal, de modo de asegurar la evaluación integral, sistemática y periódica en esta área, incorporando la entrega de acciones básicas de promoción y prevención de la salud desde los 0 a los 6 años (Ver en anexo 6 la pauta y el instructivo).

Idealmente esta pauta se debería aplicar en todas las edades de los menores de 7 años. Sin embargo, existen edades clave en las que se requiere el registro estadístico de la aplicación por parte de la enfermera y nutricionista, según las orientaciones para la planificación y programación en red. Este registro debe realizarse al menos en dos momentos:

- Control de salud a los 18 meses, realizado por la enfermera.
- Consulta nutricional a los 3 años 6 meses realizada por un nutricionista.



CAPÍTULO III

CONTROLES DE SALUD INFANTIL POR EDAD

La supervisión de salud de niños y niñas tiene como objetivos principales promover hábitos de vida saludables, prevenir enfermedades o accidentes y detectar en forma temprana situaciones que puedan afectar su salud y desarrollo.

En cada control de salud se debe revisar la historia clínica, realizar un examen físico, establecer un diagnóstico y elaborar un plan de trabajo con la familia. Sin embargo cada control tiene evaluaciones específicas dependiendo de los hitos del desarrollo en cada etapa del niño o la niña.

Recién nacido [13]	Díada, antes de los 10 días de vida
	1 mes
Lactante menor	2 meses
	3 meses
	4 meses
	Consulta Nutricional al 5 mes
Lactante medio	6 meses
	8 meses
Lactante mayor	12 meses
	18 meses
Preescolar	2 años
	Control de Salud Bucal 2 años
	3 años
	Consulta Nutricional 3 años 6 meses
	4 años
	Control de Salud Bucal 4 años
	5 años
Escolar	6 años [14]
	Control de Salud bucal 6 años GES
	7 años
	8 años
	9 años

13 A pesar que la definición tradicional incluye a los menores de 28 días, para efectos de esta norma técnica se considerará dentro de la categoría “Recién Nacido” a los menores de 1 mes, dada la similitud de los requerimientos de la familia y del niño o la niña.

14 Los controles de salud de niños y niñas de 6 años en adelante pueden ser tanto en el Establecimiento Educacional o Centro de salud, preferentemente en Establecimiento Educacional.

RECIÉN NACIDOS Y NACIDAS

(MENORES DE 1 MES)



Los recién nacidos y las recién nacidas (RN) son dados de alta en promedio entre 48 y 72 horas post parto. Para lograr un ingreso oportuno al control de salud infantil las familias deben ser dadas de alta con una cita concretada en el Centro de Salud de Atención Primaria en el que estén inscritos (idealmente entre 48 a 72 horas post alta), para asegurar la continuidad de la atención.

La llegada de un nuevo o una nueva integrante a la familia suele ser un evento maravilloso, pero también es un momento de crisis normativa. Los nuevos padres deben ajustar sus rutinas y horarios a las necesidades del niño o la niña y, cuando existen, de otros hijos o hijas, repartiendo sus energías. Muchas veces los padres suelen sentirse sobrepasados y cansados en el período inicial [8].

Los y las RN presentan una inmadurez fisiológica del sistema nervioso central, lo que hace que el examen físico- neurológico tenga particularidades que deben ser consideradas por los profesionales de la salud. Es importante recordar a la madre y padre que el recién nacido puede ver y escuchar, por lo que puede y necesita estar en contacto con ellos y recibir estimulación para todos sus sentidos. En relación a su desarrollo algunos de los logros esperados son:

Área	Logros esperados
Motor	Levanta el mentón en prono. Fija la mirada. Gira la cabeza en supino. Movimientos aleatorios y simétricos
Comunicación	Llanto como señal de comunicación
Cognitivo	Atento a estímulos.
Socio-emocional	Cuando llora, logra calmarse con los padres.

También debe reforzarse el concepto de consuelo efectivo, es decir consolar el llanto del bebé cuando se presente. El profesional debe reforzar la importancia de cargar al bebé en brazos o porta bebé, tener contacto piel con piel lo más posible y amamantar a libre demanda, desmitificando que por esto pueda «malcriarse». Es importante fomentar la comprensión de los diferentes estados durante el primer mes, favoreciendo la estimulación en los períodos de alerta tranquila.

En este mes de vida es especialmente importante acompañar a la madre en la lactancia materna y poder acogerla de manera inmediata ante cualquier consulta por problemas de lactancia. Generalmente los problemas de lactancia (acople, dolor) se inician tempranamente y pueden desalentar a la madre a continuar con la lactancia materna exclusiva si no reciben apoyo y solución oportuna.

En el primer control la participación del padre suele ser mayor, por lo que es un buen momento para involucrarlo en la asistencia a controles posteriores, reforzar su rol clave y único en la crianza y cuidado de los hijos e hijas de la familia. Cuando no exista un padre en la familia, es de primera importancia identificar otra figura de apoyo, para involucrarla precozmente en los controles de salud.

Durante este período se deben realizar dos controles de salud infantil.

Recién Nacido o Recién Nacida

- **Control Díada, entes de los 10 días de vida**
- **Control de Salud Infantil 1 mes**

CONTROL DE LA DÍADA

	Ideal	Tardío
Período	Antes de los 7 días de vida (Idealmente entre las 48 y 72 horas post alta).	Entre 8 a 27 días de vida.
Objetivos	• Realizar una evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño o la niña. • Orientar a padres y cuidadores en dudas respecto a desarrollo, salud y crianza de niños y niñas. • Observar la interacción entre los adultos y el recién nacido. • Realizar una evaluación integral a la madre. • Evaluar el bienestar familiar y relación de la díada. • Fomentar la lactancia materna exclusiva. • Fomentar la participación del padre en la crianza y cuidados. • Reafirmar el vínculo de la familia con el Centro de Salud. • Entregar contenidos promocionales y preventivos concordantes con el período.	
Profesional	Matrón/a o Médico.	
Instrumento o herramienta a aplicar	a. Genograma. b. Score riesgo de morir por neumonía.	

Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material o cuestionario a entregar	Formulario SRDM
60 min	Universal	Díada	Acompañándote a descubrir I (Pack 1 y 2). Material educativo pertinente.	Primer control de salud infantil.

Anamnesis

Antecedentes

- Los antecedentes de la gestación, parto y puerperio
- Revisar la pauta EPsA (aplicada durante la gestación) y plan de trabajo durante la gestación.
- Consignar problemas de salud durante la gestación y el parto, tanto de la madre como del RN.
- Revisar que al RN se le efectuaron en la maternidad los siguientes procedimientos:
  - Tamizaje de tiroides (TSH).
  - Evaluación auditiva (si el nacimiento se realizó en el hospital con procedimiento instalado)
  - Toma de muestra fenilcetonuria (PKU).
  - Vacuna BCG.
- Características de la hospitalización de la madre, del niño o la niña luego del parto
- Valores antropométricos del niño o la niña al nacer, peso al alta de la maternidad y APGAR (1 y 5 minutos).
- Inscripción en el Registro Civil.
- Indagar si la madre recibió GES “Salud Oral Integral de la Embarazada”, recordar que puede terminar su tratamiento hasta 9 meses después del parto.

Preguntas

- Preguntarle a la familia cómo han estado emocionalmente y si tienen inquietudes desde la llegada al hogar del RN, especialmente a la madre.
- Indagar si existe una red de apoyo y si la madre tiene alguna figura de apoyo en la crianza.
- Cómo fue la experiencia del preparto, parto y puerperio (apego precoz piel con piel, lactancia precoz, acompañamiento del padre o persona significativa, alojamiento conjunto).
- Cómo es la alimentación del niño o la niña y su frecuencia (indagando si existe lactancia materna exclusiva y a libre demanda —sin horario— y presencia de factores que interfieran en la lactancia).
- Si el RN recibió suero glucosado o fórmula láctea en la maternidad o posteriormente).
- Indagar sobre el estilo de crianza, disposición al consuelo efectivo y al contacto físico.
- Temas de salud específicos del RN: llanto, consolabilidad, diuresis y deposiciones.
- Temas de salud específicos de la madre: cómo se ha sentido físicamente y emocionalmente

después del parto, si hay dolor o lesiones de mamas y/o dificultad al defecar.
- Si la familia recibió un set de implementos del PARN.
- Si le han aplicado la Ficha de Protección Social (FPS) y si recibe Subsidio Único Familiar (SUF).
- Antecedentes de patologías congénitas en familiares de primer grado (displasia luxante de cadera, cardiopatía, disrafia espinal oculta, fisura labio palatina, ambliopía y/o estrabismo, cáncer infantil, trastornos sensoriales, etc.)

Examen físico y evaluación integral	
Recién nacido o recién nacida	
Inspección general del niño o niña	Evaluar el estado general (actividad y color de la piel) Descartar malformaciones evidentes, por ejemplo: polidactilias o sindactilias.
Evaluar tono y postura	Descartar hipotonía o hipertonía marcada. Descartar asimetrías evidentes.
Piel	○ Evaluar ictericia y extensión (Ver subsección; "*Evaluación y manejo de ictericia en control de salud del recién nacido*", Capítulo 3). ○ Si existe eritema, hemangiomas o nevos, describir apariencia, tamaño y ubicación en ficha clínica. ○ Si existen manchas color café con leche o hipocrómicas, describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica.
Oftalmológico	○ Inspección general de la apariencia y simetría de los ojos. ○ Descartar estrabismo fijo. Si el control es realizado por un médico o profesional entrenado. ○ Evaluar rojo pupilar simétrico y presente.
Bucodental	Descartar dientes perinatales, algorra y fisura palatina. Evaluar frenillo sublingual (considerar al momento de evaluar lactancia).
Cabeza y cuello	○ Palpar fontanelas presentes (al menos anterior) y evaluar que no estén abombadas. ○ Evaluar cefalohematoma si es que hubiera.
Cordón umbilical	○ Examinar si está presente o ausente y examinar lecho buscando signos de infección (eritema, mal olor o secreción purulenta).
Abdomen	○ Descartar visceromegalia o aumento de volumen en la zona inguinal (sugerente de hernia), evaluar distención abdominal y descartar masas palpables.
Tórax	○ Descartar callo óseo en clavícula o dolor a la palpación. Si el control es realizado por un médico o profesional entrenado. ○ Auscultación cardíaca. ○ Auscultación pulmonar.
Columna	- Presencia de fosita pilonidal o signos sugerentes de defectos de cierre (manchas, hemangiomas, fositas, etc. en la zona de la columna).
Extremidades	○ Simetrías en la fuerza o postura.
Genitales y ano	- Evaluar que el ano esté perforado y que su ubicación sea normal. - *Hombres:* Presencia de ambos testículos en escroto (descartar criptorquidia) y descartar hipospadia o epispadia. Descartar aumento de volumen escrotal, reductible con transiluminación negativa (sospecha de hernia), diferenciándolo de hidrocele fisiológico.
Antropometría (se aconseja por comodidad del RN dejar para el final esta evaluación)	- Medición de longitud. - Medición de peso. - Medición de perímetro craneano, determinar existencia de macrocefalia o microcefalia considerando la longitud (corregir por talla).

Madre	
Inspección general del estado de salud de la madre [65]	- Evaluar signos vitales (pulso, temperatura y presión arterial). - Medición de peso - Control de involución uterina. - Revisión de herida quirúrgica en caso de cesárea, cuando corresponda curación y/o extracción de puntos. - Revisión de genitales externos y zona anal, indemnidad de genitales, observación de características de los loquios y mucosas (buscando palidez). - Revisión de extremidades inferiores en búsqueda de edema o várices.
Lactancia materna	
General	- Evaluar la relación entre la madre y el niño o la niña. Ver si la madre se dirige con cariño a su hijo o hija (esto es posible de observar en la forma en que lo toma, desviste y le habla) y su disposición al amamantamiento. - Evaluar si el padre se encuentra interesado en la lactancia materna y en entregar apoyo a la mamá (psicológico y práctico).
Observar técnica de lactancia	- Evaluar la posición de la madre y del niño o la niña, acople y succión.
Examen de mamas	- General: Descartar enrojecimiento local y congestión. - Pezón: Descartar heridas, grietas u otras lesiones.

Diagnóstico

a. Incremento ponderal desde alta hospitalaria (adecuado/insuficiente).
b. Lactancia materna con o sin dificultades (estipular problemas detectados).
c. Problemas de salud detectados en el niño o la niña.
d. Problemas de salud detectados en la madre.
e. Problemas psicosociales detectados.

Banderas rojas

Señal de alerta	Acciones a seguir

Incremento ponderal menor 20 gr/día	Después del parto, es normal que los recién nacidos pierdan hasta el 10 % del peso, sin embargo entre los 10 y 15 días debería recuperar el peso de nacimiento [66].
	- Si en el control de la díada el bebé no ha subido de peso en relación al peso del alta de la maternidad, evaluar si aún es una baja de peso fisiológica.
	  ○ Controlar a 48 a 72 horas hasta asegurar un incremento de peso igual o mayor a 20 g diarios.
	- En caso de baja de peso no fiosiológica o en caso inicialmente catalogado fisiológico que no reporte alza de peso a las 48 o 72 horas:
	  ○ Descartar problemas en el establecimiento de lactancia.
	  ○ Educar en técnica de lactancia materna.
	  ○ Educar respecto al abrigo adecuado («tenida de lactancia»: con body y calcetines solamente o incluso desnudo en verano ante mucho calor, al terminar de amamantar abrigar nuevamente).
	  ○ Si existe hipotonía o succión débil, aconsejar posición caballito y fomentar succión vigorosa (por ejemplo: sonda al dedo).
	  ○ Si se requiere extracción de leche, educar sobre técnica de extracción y forma de alimentar al niño o niña, indicar vasito, sonda al dedo o sonda al pecho.
	  ○ Indicar revaluación en 48 horas en clínica de lactancia o consulta de lactancia materna, con control de peso. Luego planificar seguimiento.
	- En caso de perdida mayor al 10 % a 15 % respecto al peso de nacimiento y sin respuesta a las medidas anteriomente señaladas, considerar suplementación con fórmula láctea adecuada al recien nacido (Ver sección Alimentación y suplementación, Capítulo 5). Fomentar el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva cuando sea posible.

Ausencia de lactancia materna o lactancia materna parcial	- Evaluar los motivos por los que la madre no está amamantando de forma exclusiva. - Apoyar a la madre para recuperar la lactancia, considerando sus motivaciones y su contexto biopsicosocial. - Derivar a profesionales que realizan consulta en clínica de lactancia materna.
Problemas de lactancia	- Dependiendo de la causa del problema, educar respecto a la técnica de lactancia materna y/o entregar medidas generales para la resolución del problema observado [67]. - Controlar en clínica o consulta de lactancia en 48 a 72 horas. - Derivar a Médico en caso de requerir diagnóstico y tratamiento.
Presencia de dientes perinatales o neonatales	- Derivar a Odontólogo para evaluación y eventual tratamiento.
Presencia de algorra	- Derivar a Médico para evaluación y tratamiento.
Presencia de síntomas de enfermedad	Ante tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad, derivación inmediata a Médico para diagnóstico e indicación de tratamiento.
Score de IRA en puntaje moderado o grave	*Moderado y grave* - Derivación a talleres IRA. - Consejería antitabaco si hay integrantes en la familia que fumen. - Intervenciones según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. *Grave* - Visita domiciliaria para evaluación específica de factores de riesgo respiratorios. - Seguimiento: Para evitar que estos niños o niñas se expongan a contagio, realizar manejo domiciliario o seguimiento telefónico posterior al diagnóstico del episodio respiratorio agudo.
Alteraciones del examen físico del RN	- Derivar a consulta de morbilidad médica para evaluación y eventual derivación a servicio de urgencia de pediatría o neonatología según complejidad del problema detectado.
Alteraciones del examen físico de la madre	- En caso de *problema obstétrico* derivar a urgencia del servicio de obstetricia y ginecología. - En caso de *problemas no obstétrico* derivar a consulta de morbilidad médica para evaluación y eventual derivación a servicio de urgencia.
Rojo pupilar alterado o Leucocoria	- Derivar a interconsulta urgente a Oftalmólogo para diagnóstico y eventual tratamiento. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Cáncer en personas menores de 15 años).
Estrabismo fijo	- Derivar a interconsulta urgente a Oftalmólogo para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Estrabismo en menores de 9 años).
Ictericia	- En caso de ictericia bajo las rodillas, derivar de manera urgente para medición de niveles de bilirrubina y evaluar la necesidad de fototerapia - Considerar control para evaluar progresión según cada caso (Ver subsección: “Evaluación y manejo de ictericia en control de salud del recién nacido”)

Hemangiomas	Derivar a Dermatólogo si el hemangioma es: - De gran tamaño (compromete más del 5% de la superficie corporal). - Crece a gran velocidad (duplica su tamaño en el trascurso de 1 mes). - Se encuentra en zonas periorificiales (genital, anal, ocular, ótica o nasal), en pliegues o zona del pañal. - Está complicado (ulcerados, con o sin sobreinfección, o sangrado a repetición). - Son múltiples hemangiomas (más de 5).
Sospecha de fisura labiopalatina	- Derivar interconsulta urgente a Pediatra para confirmación o descarte diagnóstico - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los 15 días siguientes, por sospecha de enfermedad AUGE (Ver “Guía clínica fisura labiopalatina”
Sospecha de neurofibromatosis tipo 1	Si, existen - 6 o más manchas color café con leche - Tener un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. - 2 o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o de cualquier tipo o un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de "saco de gusanos"). - Efélides (pecas) en región de axilar o inguina. En estos casos derivar a Neurólogo infantil
Sospecha de criptorquidia, hernia inguinal, hipospadia o epispadia	- En caso de que el control lo realice Matrón/a, derivar a Médico para confirmar el diagnóstico. - En caso de que un médico confirme el diagnóstico, derivar en forma urgente a cirujano infantil.
Alteraciones emocionales madre/cuidador	- Activar red Chile Crece Contigo. - Entregar herramientas de consuelo efectivo del llanto y de fomento del vínculo. - En caso de sospecha de problemas y/o trastorno de salud mental derivar a consulta de salud mental. - En los casos de sospecha de psicosis o ideación suicida materna, deben ser evaluadas en el momento por el Médico del CES para evaluar la necesidad de derivación de forma inmediata y acompañada por miembro del CES a urgencia psiquiátrica.
Problemas vinculares o baja sensibilidad en el cuidado	- Destacar los beneficios de expresar afecto al niño o niña y lo significante que son las experiencias tempranas para el desarrollo posterior. - Reforzar contacto diario piel a piel y/o fomentar el uso de porta bebé o método canguro. Si la madre no se siente cómoda y está de acuerdo, evaluar si otro miembro de la familia desea hacerlo. - Fomentar la lactancia materna. - Apoyo equipo psicosocial del CES y elaboración de un plan familiar personalizado.

Cuidadores principales con dificultades para dar cuidado del niño o niña	- Incentivar que el padre o acompañante significativo se involucre activamente en los cuidados de su hijo o hija, para fortalecer el vínculo entre ellos.
	- Llevar el caso a reunión de equipo de cabecera para realizar un plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral.
	- Activar la red comunal Chile Crece Contigo.
	- Cuando la intensidad de los conflictos es mayor que lo habitual, derivar a un profesional, derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental.
	- Psicoeducar para evitar zamarreo del RN:
	  ○ Indicar y reforzar que no se zamarree o sacuda nunca al RN, aunque se esté muy cansada y alterada, dado que esto produce daños graves a su cerebro, afecta su desarrollo e incluso arriesga su vida.
	  ○ Indicar como última opción que si el cuidador está tan alterado y teme hacer daño RN, puede ponerlo en la cuna (sin nada dentro de ella), salir de la habitación, tomarse un tiempo para pensar y pedir ayuda a FONOINFANCIA o a alguien de confianza.

Otros riesgo biopsicosocial	- Derivar al niño, la niña o la madre según corresponda. - Activar la red comunal Chile Crece Contigo. - Trabajar el caso con el equipo de cabecera para realizar un plan de trabajo consensuado con la familia. - Derivar para la aplicación de la Ficha de Protección Social.
Ingreso tardío a control de la díada	- Realizar un plan de seguimiento por el Programa Salud de la Mujer. - Fomentar la adherencia al control de salud, evitando juzgar a la familia por el atraso. - Explicar los beneficios asociados al control periódico
Es fundamental que RN y madres que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente a consulta, en los plazos y por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles. En los casos de problemas graves, la derivación deberá ser asistida, es decir un miembro del equipo deberá tomar la hora directamente, explicar y entregar por escrito a la familia el procedimiento a seguir.	

Indicaciones

Lactancia materna exclusiva y libre demanda

- Amamantar cada vez que crea que el o la RN lo necesita (educar sobre signos tempranos de hambre en el niño o la niña)[15] o cuando la madre sienta las mamas llenas o tensas.
- Desincentivar el uso de chupete al menos hasta que la lactancia esté bien instalada (generalmente al mes de vida). Luego, el uso es opcional y se deben incentivar otras herramientas de consuelo o su uso ocasional
- Informar a la familia sobre instancias del CES de apoyo a la lactancia (clínicas de lactancia, consultas de lactancia) y cómo acceder ante problemas o dudas.
- Informar a la madre sobre grupos de apoyo en la comunidad, por ejemplo: La Liga de la Leche.

Cuidados del o la RN

- Fomento de apego y vínculo: Llevar en contacto piel con piel cuando sea posible, fomentar el uso de portabebé, acogerle cada vez que llore y siempre intentar consolar su llanto, educar sobre técnicas de consuelo efectivo[16] (Ver subsección “Manejo de llanto”, Capítulo 5).
- Fomento de sueño seguro, prevención de muerte súbita (Ver sección “Prevención de accidentes y seguridad”, Capítulo 5).
- Baño diario, puede ser aún en presencia del cordón umbilical usando agua entre 35ºC y 37°C (tibia). El jabón no es necesario a esta edad y si se usa debe ser neutro, sin perfumes y de uso ocasional.
- Salud bucal, limpiar la boca después de la lactancia pasando por rebordes, encías, lengua y pared interna de las mejillas una gasa o pañal de algodón limpio, mojado o no.
- El cordón umbilical no debe quedar cubierto por el pañal (dejar al aire), sólo por ropa del algodón. No hay suficiente evidencias de que la limpieza del cordón disminuya el riesgo de infección y aparentemente el alcohol retrasa la caída de este [68].
- Cuidado de la piel, no exponer directamente al sol y no aplicar bloqueador.
- Limar las uñas cuando esté dormido con lima de grano fino.
- No poner alfileres de gancho en su ropa o cuerdas que pueden enredarse en su cuello.
- Indicar el procedimiento para registro en el Registro Civil, cuando sea necesario.
- Indicar cómo utilizar el Pack 1 y 2 de Acompañándote a Descubrir 1, según nota metodológica correspondiente [63].
- Reforzar la utilización de cuna, cartilla educativa, bolso, ropa, aceite para masajes, cojín de lactancia del Programa de apoyo al recién nacido (PARN), según nota metodológica correspondiente [64].

Estimulación del desarrollo integral

- Acudir al llanto del RN siempre y consolar efectivamente[17] [70].
- Explicar a los padres y/o cuidadores que el o la RN consolados rápidamente y efectivamente durante el primer año de vida tiene mejor desarrollo cerebral, menos problemas de alimentación y sueño y aprende a manejar mejor sus emociones.
- Leer y entender al niño o niña, verbalizando lo que los padres creen que sienten y verbalizando las acciones que realizarán con él. Por ejemplo: «Pedro, creo que estás incómodo porque tienes el pañal sucio. Ahora te voy a mudar».

Prevención de enfermedades

- No estar en contacto con personas con enfermedades contagiosas, ni en lugares cerrados concurridos o con mala ventilación.
- No exponer al humo del cigarrillo ni a sistemas de calefacción contaminantes (parafina, leña), idealmente utilizar estufas eléctricas y si no es posible abrigar al niño o la niña.
- Desaconsejar besar al niño o la niña en la boca o chupar cosas que él o ella vaya a chupar después (riesgo de enfermedades infectocontagiosas, incluyendo caries dentales).

15 Ver Video: “Manejo Respetuoso del Llanto” [Película] (2013) y& “Manejo Respetuoso de los Cólicos” (2013) [Película]. Chile Crece Contigo (Dirección).

16 Ver Video: “Apego Seguro” (2013) [Película]. Chile Crece Contigo (Dirección).

17 Ver Tríptico para padres “Consuelo efectivo del llantoConsuelo efectivo del llanto” disponible online en http://www.crececontigo.gob.cl

Guías anticipatorias:
Muchos niños y niñas cerca de los 21 días de vida aumentan los períodos de irritabilidad o llanto (lo que en los casos más severos se conocen como los “cólicos del lactante”) para disminuir la probabilidad que esto ocurra es importante cargar a los bebés en brazos o porta bebé desde el comienzo de su vida. Es importante que al momento de las indicaciones el profesional enseñe métodos de contención del llanto (Ver subsección “Manejo del llanto y consuelo efectivo”, Capítulo 5 y Video “Manejo respetuoso de los cólicos y del llanto” 12 y 10). De todos modos, si la familia percibe que su bebé llora de forma inconsolable o de manera preocupante, deben consultar al centro de salud.

Fomentar uso de FONOINFANCIA 800 200 818 en caso de dudas de crianza y desarrollo de niños y niñas (servicio gratuito), *SALUD RESPONDE* 600 360 7777 en caso de dudas o necesidad de orientación (incluyendo urgencia) en relación a la salud del niño o la niña y la página *www.crececontigo.gob.cl* para resolver dudas de estimulación, crianza y realizar “consulta a expertos” en diversas áreas.

Citar al próximo control del mes.

Período	Ideal	Tardío
	28 días - 1 mes 5 días	1 mes 6 días - 1 mes 20 días
Objetivos	• Realizar una evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño o la niña. • Orientar a padres y cuidadores y sus dudas respecto a desarrollo, salud y crianza de niños y niñas. • Reafirmar el vínculo de la familia con el Centro de Salud. • Evaluar el bienestar familiar luego de la llegada del bebé. • Fomentar la lactancia materna. • Fomentar la participación del padre en la crianza y cuidados. • Entregar contenidos promocionales y preventivos concordantes con el período. • Pesquisar anomalías o malformaciones. • Detectar problemas del neurodesarrollo.	
Profesional	Médico	
Instrumento o herramienta a aplicar	a. Protocolo de evaluación neurosensorial. b. Score riesgo de morir por neumonía IRA.	

Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material o cuestionarios a entregar	Formulario SRDM
Dos por hora	Universal	Individual	Cartillas o dípticos según edad y pertinencia.	"Control de salud" ante riesgo biopsicosocial, variación o extinción de un riesgo detectado anteriormente.

Anamnesis

Antecedentes

- Revisar antecedentes médicos en la ficha clínica y en la documentación del alta de la maternidad.
- Revisar el incremento ponderal del niño o la niña en el control de la díada.
- Revisar la existencia de riesgos biopsicosociales detectados en control de la díada y el plan de trabajo consensuado.

Preguntas

- Dudas principales de la madre, padre y/o cuidador principal.
- Cómo ha estado la familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control.
- Temas de salud específicos de la madre: cómo se ha sentido físicamente y emocionalmente.
- Cómo es la alimentación del recién nacido y su frecuencia (indagando si hay lactancia materna exclusiva y a libre demanda sin horario).
- En caso de lactancia materna, indagar por existencia de dolor, sangramiento, prurito u otras molestias y otras dificultades asociadas.
- Cómo se siente la madre, padre y/o cuidador principal con el niño o la niña y si este es fácil de calmar y anticipar. Evaluar cómo perciben a su hijo o hija en términos de la facilidad de consolación.
- Cuáles son los patrones de sueño y cómo se sienten los padres respecto a este.
- Frecuencia y apariencia de orina y deposiciones.
- Si existen factores de riesgo de displasia de caderas: presentación podálica (aumenta el riesgo si el parto fue vaginal), antecedentes familiares de primer grado de displasia luxante congénita de caderas.
- Por antecedentes de familiares de primer grado de patologías congénitas (cardiopatía, disrafia espinal oculta, fisura labio palatina, etc), ambliopía y/o estrabismo, cáncer infantil, trastornos sensoriales, etc.

Examen físico y evaluación integral	
Evaluación de la relación madre, padre e hijo o hija	- Evaluar si el niño o la niña logra ser consolado por la madre, padre y/o cuidador. - Evaluar si la madre se dirige con cariño al lactante, esto es posible de observar en la forma en que lo toma, desviste y le habla. - Evaluar si el niño o la niña mira o vuelve la cabeza hacia la madre, padre y/o cuidador principal. Mira a la cara, mantiene contacto visual brevemente y tiene sonrisa social (esta pudiera no estar presente aún, pues es normal su aparición hasta las 8 semanas de vida). - Evaluar si la madre se demuestra posicionada en su rol materno e interesada en la lactancia. - Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre. - Evaluar si el padre u otra figura significativa acompañante manifiesta apoyo en el discurso y en la práctica con el bebé.
Piel	- Ictericia. - Hemangiomas, angiomas línea media o periorificiales. - Manchas color café o hipocrómicas. - Nevos. - Dermatitis.
Ganglios	- Presencia de adenopatías, caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). o Ante hallazgo de adenopatías: búsqueda de otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez, petequias o equímosis) y hepato o esplenomegalia.
Cardio pulmonar	- *Auscultación cardíaca:* buscar soplos cardíacos, ritmo irregular, arritmias, insuficiencia cardiacas y otros signos sugerentes de cardiopatía como cianosis (especialmente en zona peribucal al amamantar o hacer esfuerzos). - *Auscultación pulmonar:* Evaluar murmullo pulmonar simétrico, descartar ruidos pulmonares patológicos (diferenciar de ruidos fisiológicos transmitidos desde la zona nasal). - *Evaluar pulsos periféricos,* presentes y simétricos, con énfasis en pulsos femorales
Abdomen	- Ausencia de visceromegalia o hernias (especialmente inguinales). - Evaluar distención abdominal. - Descartar masas palpables.

Genitoanal	- Ausencia de dermatitis del pañal.
	- Ano en posición normal.
	- Genitales con caracteres claros femeninos o masculinos.
	  o *Mujeres*: descartar clítoris hipertróficos.
	  o *Hombres:* presencia de ambos testículos en escroto, descartar hipospadia o epispadia y evaluar hidrocele fisiológico.

Neurológico, movilidad y tono	*Reflejos* - Tono nucal. - Moro. - Succión. *Movilidad* - Control cefálico. - Movilidad de extremidades y facial. - Manos. *Tono axilar* *Buscar signos sugerentes de parálisis cerebral* - Rotación interna de extremidades y aducción. - Extensión, es normal que los recién nacidos tengan sus extremidades en flexión. - Asimetría persistente

Ortopedia	- *Signos sugerentes de fractura de clavícula* - *Columna:* presencia de signos sugerentes de posible disrafia espinal (por ejemplo, fosita pilonidal) diferenciar de pliegue pilonidal que no requiere derivación. - *Caderas:* abducción, evaluación con técnica de Ortolani y Barlow. - *Extremidades*: asimetrías en movimiento o fuerzas, malformaciones (polidactilia, sindactilia entre otras).
Oftalmológico	- Inspección general de la apariencia y simetría. - Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. - Descartar estrabismo permanente. - Fijación de mirada.
Auditiva	- Realizar otoscopia. - Preguntar respecto de presencia de riesgo de hipoacusia en la familia. - Se sobresalta con sonidos fuertes. - Alerta al sonido.
Antropometría	- Medición de longitud. - Medición de peso. - Medición de perímetro craneano, determinar existencia de macrocefalia o microcefalia considerando la longitud (corregir por talla). - Presencia de céfalohematomas, cabalgamiento de suturas, lesiones en línea media. - Palpar fontanela anterior presente. - Registrar los puntos de peso, talla y perímetro craneano en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar progresión de la curva.
Bucodental	- Descartar dientes neonatales y placas blanquecinas (algorra). - Evaluar frenillo sublingual funcional e indemnidad del paladar.
Lactancia materna	*Observar técnica de la lactancia:* - Posición y disposición en el amamantamiento, tanto de la madre como de su hija o hijo. - Acople correcto. - Evaluar succión. - Evaluar frenillo sublingual en caso de problema de acople (especialmente en lactantes que presentan «chasquidos» durante la toma o se «caen» de la areola). *Examen de mamas* - General: enrojecimiento local y congestión. - Pezón: heridas, grietas u otras lesiones.
Señales de maltrato	Descartar señales de negligencia, fracturas o antecedentes, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa).

Diagnóstico

a. Nutricional (buen o mal incremento ponderal).
b. Desarrollo integral del niño o la niña (normal o anormal, en caso de ser anormal especificar).
c. Problemas de salud encontrados.
d. Problemas psicosociales a nivel familiar.
e. Otros problemas detectados.

Banderas Rojas	
Señal de alerta	Acciones a seguir
Incremento ponderal menor 20 gr/día	- Fomentar el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva cuando sea posible. - Educar en técnica de lactancia materna. - Educar respecto al abrigo adecuado («tenida de lactancia» con body y calcetines solamente o incluso desnudo en verano ante mucho calor, al terminar de amamantar abrigar nuevamente). - Si existe hipotonía o succión débil, aconsejar posición caballito y fomentar succión vigorosa (por ejemplo: sonda al dedo). - Si se requiere extracción de leche, educar sobre técnica de su extracción y forma de alimentar al niño o niña, indicar vasito, sonda al dedo o sonda al pecho. - Indicar revaluación en 48 horas en clínica de lactancia o consulta de lactancia materna, con control de peso. Luego planificar seguimiento.
Ausencia de lactancia materna o lactancia materna parcial	- Evaluar los motivos por lo que la madre no está amamantando de forma exclusiva. - Apoyar a la madre para recuperar la lactancia, considerando sus motivaciones y su contexto biopsicosocial. - Derivar a profesionales que realizan consulta en clínica de lactancia materna.
Problemas de lactancia	- Dependiendo de la causa del problema, educar respecto a la técnica de lactancia materna y/o entregar medidas generales para la resolución del problema observado [67]. - Controlar en clínica o consulta de lactancia en 48 a 72 horas. - Indicar diagnóstico y tratamiento, en caso de que sea necesario. - Sugerir contactar a grupos de apoyo como liga de la leche u otros presentes a nivel local.
Ictericia	- Solicitar niveles séricos de bilirrubina. - En caso de ictericia bajo las rodillas, solicitar urgentemente medición de niveles de bilirrubina y evaluar la necesidad de fototerapia. - Dejar citado a control para evaluar progresión según cada caso o realizar seguimiento en caso de hospitalización.
Presencia de angiomas en línea media o periorificiales	- Derivación a dermatólogo o neurólogo, por asociación con malformaciones
Pauta de evaluación de neurodesarrollo anormal (1 a 3 ptos)	- Explicar a la familia que generalmente estas alteraciones corresponden a una inmadurez transitoria, pero que es necesario una reevaluación por Médico de APS a los 3 meses. - Consignar en ficha reevaluación en control de los 3 meses de vida
Pauta de evaluación de neurodesarrollo muy anormal (≥ a 4 ptos) y/o existencia de macrocefalia o microcefalia	- Derivar a Médico APS para evaluar una eventual derivación a Neurólogo infantil.
Presencia de signos sugerentes de parálisis cerebral	- Derivar en forma urgente a neurólogo para confirmación diagnóstica y tratamiento
Sospecha clínica hipoacusia o factores de riesgo de hipoacusia (familiares o personales)	*Si existe sospecha clínica de hipoacusia o cumple con factores de riesgo descritos en Sección "Evaluación Auditiva", Capítulo 2:* - Derivar en forma urgente a Otorrinolaringólogo para confirmación diagnóstica.

Rojo pupilar alterado o Leucocoria	- Derivar a interconsulta urgente a Oftalmólogo para diagnóstico y eventual tratamiento. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Cáncer en personas menores de 15 años).
Hemangiomas	Derivar a Dermatólogo si el hemangioma es: - De gran tamaño (compromete más del 5% de la superficie corporal). - Crece a gran velocidad (duplica su tamaño en el transcurso de 1 mes). - Se encuentra en zonas periorificiales (genital, anal, ocular, ótica o nasal), en pliegues o zona del pañal. - Está complicado (ulcerado, con o sin sobreinfección, o sangrado a repetición). - Son múltiples hemangiomas (más de 5).
Sospecha de neurofibromatosis tipo 1	Si, existen - 6 o más manchas color café con leche. - Tener un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. - 2 o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o de cualquier tipo o un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). - Efélides (pecas) en región axilar o inguina. En estos casos derivar a Neurólogo infantil
Presencia de síntomas de enfermedad	- Realizar diagnóstico e indicar tratamiento.
Score de IRA en puntaje moderado o grave	*Moderado y grave* - Derivación a talleres IRA. - Consejería antitabaco si hay integrantes en la familia que fumen. - Intervenciones según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. *Grave* - Visita domiciliaria para evaluación específica de factores de riesgo respiratorios. - *Seguimiento:* Para evitar que estos niños o niñas se expongan a contagio, realizar manejo domiciliario o seguimiento telefónico posterior al diagnóstico de episodio respiratorio agudo.
Estrabismo fijo	- Derivar a interconsulta urgente a Oftalmólogo para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Estrabismo en menores de 9 años).
Signo de Ortolani y Barlow positivo o factores de riesgo para displasia luxante de cadera	- Derivar a Ortopedista para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los 30 días siguientes, por sospecha de enfermedad AUGE (Displasia luxante de cadera).
Presencia de criptorquidia, hernia inguinal, hipospadia o epispadia	- Derivar en forma urgente al cirujano infantil.
Presencia de algorra	- Indicar tratamiento y dar consejería respecto al adecuado aseo de la boca y evaluar requerimiento de Consulta por Odontólogo.
Frenillo lingual corto que dificulte la lactancia	- Evaluar derivación a Cirujano infantil o Cirujano maxilofacial
Presencia de dientes neonatales	- Derivar a Odontólogo para evaluación y eventual tratamiento.

Sospecha de fisura labiopalatina	- Derivar a interconsulta urgente al Pediatra para confirmación o descarte del diagnóstico. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los 15 días siguientes, por sospecha de enfermedad AUGE (Ver "Guía clínica fisura labiopalatina".
Sospecha de disrafia espinal oculta	- Derivar a interconsulta urgente con un Neurocirujano para confirmación o descarte del diagnóstico dentro de los 90 días siguientes, procedimiento especificado en la "Guía clínica disrafia espinales".
Sospecha de cardiopatía congénita	- Derivar a interconsulta a un Cardiólogo o Pediatra con entrenamiento cardiológico para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 21 días, por sospecha de enfermedad AUGE (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
Problemas vinculares o baja sensibilidad en el cuidado	- Destacar los beneficios de expresar afecto al niño o niña y lo significante que son las experiencias tempranas para el desarrollo posterior. - Reforzar contacto diario piel a piel y/o fomentar el uso de porta bebé o método canguro. Si la madre no se siente cómoda y está de acuerdo, evaluar si otro miembro de la familia desea hacerlo. - Fomentar la lactancia materna. - Apoyo del equipo psicosocial del CES y elaboración de un plan familiar personalizado.
Niño o niña difícil de consolar	Descartando la existencia de alguna causa médica en el examen físico: - Educar a los padres y cuidadores en técnicas de manejo del llanto.
Madre con síntomas depresivos	- Activar la red comunal Chile Crece Contigo. - Activar redes de apoyo y recursos de apoyo de cada madre. - Evaluar la necesidad de derivación a consulta de salud mental. - Evaluar la necesidad de tratamiento farmacológico precoz. - Dejar constancia para evaluación a los 2 meses con escala de Edimburgo y clínica.
Señales de maltrato	- Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para diagnóstico clínico. - Determinar riesgo vital del niño o la niña. - Determinar si el maltrato es constitutivo de delito. - Proseguir según la Guía Clínica "Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores".
Otro riesgo biopsicosocial	- Derivar al niño, la niña o la madre según corresponda. - Activar la red comunal Chile Crece Contigo. - Trabajar el caso con equipo de cabecera para plan de trabajo consensuado con la familia. - Derivar para aplicación de ficha de protección social.
Sospecha de constipación orgánica	Ante deposiciones duras o caprinas debe derivarse al Gastroenterólogo para su evaluación.
Adenopatías	Ante los siguientes signos de alarma: - Tamaño adenopatía >2 cm. - Ubicación supraclavicular. - Falta de asociación a síntomas de infección respiratoria aguda. - Más de un grupo ganglionar comprometido. - Signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equimosis). - Presencia de hepato o esplenomegalia. Considerar estudio con exámenes y eventual derivación a nivel secundario.

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente a consulta, en los plazos y por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles. En los casos de problemas graves, asegurarse que las derivaciones sean efectivas.

Indicaciones

Lactancia materna exclusiva libre demanda, en caso de utilizar sucedáneos de la leche materna intentar disminuirlos, cuando sea posible, en forma progresiva y utilizar formas de administración que contribuyan a fomentar la lactancia.

Anticipar la reacción de la vacuna BCG cerca de los 40 días de vida.

Recetar vitaminas D 400 UI al día, (número de gotas según marca comercial). (Ver subsección "Suplementación vitamínica y de minerales durante el primer año de vida", Capítulo 5)

Reforzar la utilización de cuna, cartilla educativa, bolso, ropa, aceite para masajes, cojín de lactancia del Programa de apoyo al recién nacido (PARN), según nota metodológica correspondiente

Cuidados de la piel:

- Baño con agua o con jabón hipoalergénico en muy poca cantidad (opcional).
- Lavado de la ropa con jabón en barra blanco o detergente hipoalergénico en máquina.
- No usar suavizante. Usar ropa 100% de algodón sin etiquetas.
- No exponer al sol en forma directa, ni aplicar bloqueador.

Salud bucal, limpiar la boca después de la lactancia pasando por rebordes, encías, lengua y pared interna de las mejillas una gasa o pañal de algodón limpio, mojado o no.

Prevención de accidentes, énfasis en la utilización de silla de auto en segunda fila mirando hacia atrás, no exponer al sol, medidas para disminuir riesgo de muerte súbita durante el sueño.

Dar indicaciones para la prevención de enfermedades, según información recolectada y edad. Evitar contacto con personas enfermas y espacios cerrados muy concurridos

Educación respecto de signos alarma (cuándo debe acudir a la urgencia): ante la presencia de fiebre (educar en toma de temperatura con termómetro, tres minutos en zona axilar o un minuto rectal, siendo normal hasta 37,5 ºC axilar y hasta 38 ºC rectal), decaimiento importante o irritabilidad, rash cutáneo, tos, dificultad respiratoria, rechazo alimentario, diarrea y/o vómitos.

Fomento del vínculo entre los cuidadores y el niño o la niña, recomendar que se le cargue, hable de cerca, sonreírle, cantarle canciones, regular sus ciclos fisiológicos[18] [19] [20] .

Guías anticipatorias "Crisis hipertónica del ano"

Explicar a la familia que cerca de los 2 meses en muchos niños y niñas se produce un espaciamiento de las deposiciones (defeca menos, llegando incluso a estar 5 o más días sin presentar deposiciones). Esto ocurre por la llamada «crisis hipertónica del ano» donde fibras nerviosas que contraen el ano inervan de mayor forma la zona anal. Si el niño o la niña se ve tranquilo y contento, sigue presentando gases y al presentar las deposiciones son de carácter blando o pastoso (no duras), se considera un período normal, que puede durar un par de meses. Sugerir masaje infantil (flexiones de rodillas hacia el abdomen, masaje hacia el lado de las agujas del reloj). Intentar no usar calitas de glicerina o estimulación anal, salvo que el niño se vea muy incómodo.

Fomentar el cargar al bebé en brazos o en porta bebé, ya que existe un peak de llanto entre las 6 y 8 semanas y esta pudiera ser una estrategia efectiva para disminuirlo

Promover un estilo de estimulación orientado a generar un ambiente óptimo para que el niño o la niña explore y aprenda por sí solo o sola, acompañado por un adulto sensible, no intrusivo, que permita que descubra y pueda ir logrando nuevos hitos.

18 Recomendar ver Video: "Apego Seguro" (2013) [Película]. Chile Crece Contigo (Dirección).

19 Ver Tríptico para padres "Consuelo efectivo del llanto" disponible online en http://www.crececontigo.gob.cl

20 Recomendar ver Video: "Manejo Respetuoso de los Cólicos" (2013) [Película]. Chile Crece Contigo (Dirección).

Fomentar el uso de *FONOINFANCIA 800 200 818* en caso de dudas de crianza y desarrollo de niños y niñas (servicio gratuito), *SALUD RESPONDE 600 360 7777* en caso de dudas o necesidad de orientación (incluyendo urgencia) en relación a la salud del niño o la niña y la página *www.crececontigo.gob.cl* para resolver dudas de estimulación, crianza y realizar “consulta a expertos” en diversas áreas.

Invitar a participar de los talleres para el fomento de competencias parentales Nadie es Perfecto, vincular a grupos comunitarios de la liga de la leche u otras iniciativas de promoción el desarrollo infantil y crianza.

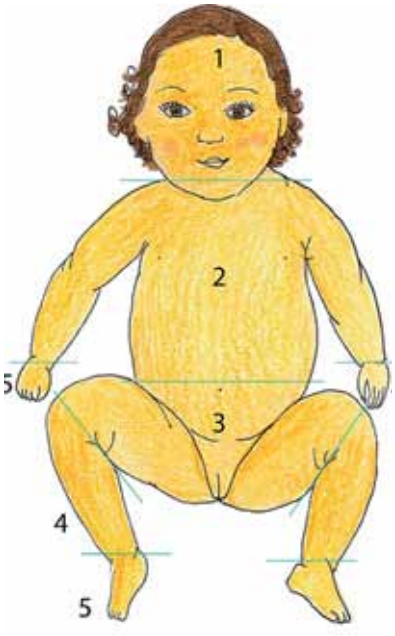
Citar al próximo control de los 2 meses.

a) Evaluación y manejo de la ictericia en control de salud del recién nacido

Ictericia es el signo clínico caracterizado por la coloración amarilla de la piel y mucosas que se produce como resultado de un alza sérica de la bilirrubina mayor a 5 - 7 mg/dl (hiperbilirrubinemia) [71] [72].

La mayoría de las veces la ictericia neonatal es un hecho fisiológico. Aproximadamente el 60% de los niños y niñas de término y el 80% de los de pretérmino desarrollan algún grado de ictericia en la primera semana de vida, de los cuales sólo el 6% es patológico [73] [71]. Sin embargo, debe ser un motivo de preocupación ya que cifras altas de bilirrubinemia se han asociado a daño grave del sistema nervioso central [72].

Para evaluar el grado de ictericia en el examen físico del control de salud infantil, se requiere evaluar la intensidad de la ictericia de acuerdo a su progresión céfalo-caudal, ya que existe una correlación a los niveles séricos de bilirrubina y la progresión en el cuerpo de ictericia. Por ejemplo un niño en el que solo se observa el color amarillo en la piel del rostro se podría suponer que posee niveles de bilirrubina de entre 4 a 7 mg/dl, mientras que si observa que las manos ya tienen coloración amarrilla se podría sospechar que el nivel de bilirrubina superó los 15 mg/dl (Ver figura 41). Aunque esta técnica tiene bastante variabilidad, según el entrenamiento del observador y las características de la piel del niño o la niña, es útil para evaluar la evolución y para discriminar qué niños y niñas requieren examen de bilirrubinemia [72].



Zona 1	4 a 7 mg/dl
Zona 2	5 a 8,5 mg/dl
Zona 3	6 a 11,5 mg/dl
Zona 4	9 a 17 mg/dl
Zona 5	+ 15 mg/dl

Figura 41: Progresión de coloración amarilla de la piel y correlato con niveles séricos de bilirribuna

A pesar de que la inspección clínica tiene falsos negativos, en caso de presencia de ictericia bajo la raíz del muslo del niño o la niña (zona 3, 4 o 5) se debe solicitar los niveles de bilirrubina para evaluar la necesidad de fototerapia.

Si existe un nivel de ictericia menor, debe considerarse la necesidad de efectuar un control específico para evaluar la progresión de dicha ictericia en niños o niñas con factores de riesgo, distinguiéndose los siguientes:

- Peso de nacimiento menor a 2.500 g.
- Edad gestacional al nacer, nacidos de pretérmino (prematuros extremos, moderados y tardíos).
- Incremento ponderal menor a 20 g/día.
- Incompatibilidad de grupo Rh, entre la madre y el niño o niña.

Todos los niños y las niñas con ictericia deben ser revaluados en el siguiente control. Si la ictericia persiste o ha aumentado, se debe solicitar bilirrubina total y directa para descartar causas hepáticas de mal pronóstico —la bilirrubina directa normalmente es menor al 20 % del total de bilirrubina y en enfermedades hepáticas aumenta sobre este valor—. Una bilirrubina directa mayor al 20 % de la bilirrubina total es indicativa de enfermedades hepáticas graves y el niño o la niña debe ser derivado al gastroenterólogo pediátrico con urgencia máxima (de la prontitud de la intervención o trasplante depende el pronóstico).

Una vez obtenidos los resultados de la bilirrubina, se recomienda utilizar la Curva Directrices para la fototerapia en recién nacidos de 35 o más semanas de gestación, recomendado por el Subcomité en Hiperbilirrubina de la Academia Americana de Pediatría (Ver anexo 7) para evaluar el requerimiento de fototerapia en menores de 7 días de vida [74].



LACTANTE MENOR

(2 Y 5 MESES)

El niño o niña alcanza logros muy importantes en este período. Comienza a vocalizar y a reírse (primero con sonidos suaves y luego con carcajadas), a usar sus manos en forma progresiva y a disfrutar de nuevas sensaciones que le despiertan los estímulos bucales, táctiles, sonoros y visuales. El control del tronco y cabeza va siendo cada vez mayor y al final del período logra girar por sí solo.

Alguno de los hitos del desarrollo que debe tener en cuenta el profesional de salud de esta etapa son:

Área	2 a 3 meses	4 a 5 meses
Motor grueso	- Prono: levanta la cabeza a 45°. - Supino: levanta sus pies y patalea. - Suspensión ventral: cabeza en línea con el tronco. - Movimientos simétricos. - Apoyo simétrico de codos en decúbito prono.	- Prono: levanta la cabeza y tronco, apoyándose en antebrazos. Gira de prono a supino (desde los 4 meses). - Supino: intenta sentarse y gira de supino a prono (desde los 5 meses). - Apoyo unilateral de codos, el niño o la niña boca abajo, empieza a liberar un brazo para poder alcanzar un objeto que le interese.
Motor fino	- Sigue objetos pasada la línea media. - Mantiene manos abiertas, las junta en la línea media.	- Sigue objetos con la mirada a 180°. - Toma objetos colgantes, mueve un cascabel, se lleva objetos a la boca (4 meses). - Golpea objetos contra la mesa. - Coordinación de mano-mano-boca.
Cognitivo	- Expresa interés y observa los cambios del entorno. - Explora el ambiente con su mirada, atención y audición - Mira rostros intencionadamente. - Repite movimientos para ensayarlos y manejarlos. Por ejemplo, observa sus manos y se las lleva a la boca, extiende y flecta sus piernas.	- Responde al afecto y cambios en el ambiente. - Expresa placer y desagrado. - Sigue con su mirada un objeto o persona que se mueven delante de sus ojos. - Cambia la mirada de un objeto a otro
Comunicación	- Sonrisa social (debe estar presente a las 6 semanas máximo). - Vocaliza algunos sonidos (ah, eh, ugh). - Presenta distintos tipos de llanto y actitudes (hambre, malestar, cansancio)	- Se gira hacia el cascabel y hacia la voz. Dice «agú», gorgojea (4 meses) y hace sonidos con «rrr» (5 meses) de manera más expresiva y variada. - Percibe un sonido suave dentro de un ruido ambiente y busca de donde proviene, sin dejar, o soltar, lo que tenga en la mano y girando la cabeza y eventualmente el tronco, en esa dirección.
Socio-emocional	- Reconoce y se calma al escuchar voces amables de sus cuidadores - Sonríe en respuesta al estímulo de los padres. - Reconoce a su madre, padre y/o cuidadores. - Disfruta llevando sus manos a la boca.	- Sonrisa espontánea y se ríe a carcajadas (risa sonora). - Se interesa por su imagen en el espejo.

En este período la familia ya conoce mejor a la niña o el niño. Cada vez la comunicación es mayor y se consolida más el vínculo afectivo. Las respuestas del niño o niña a los estímulos de los padres generan un círculo positivo, donde se fortalece el vínculo y la cercanía.

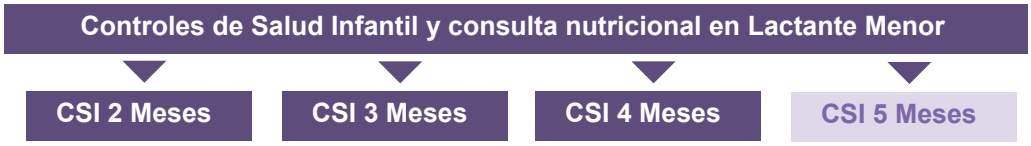
Lentamente la familia encuentra un equilibrio, dividiendo mejor sus tiempos entre el cuidado del niño o la niña, los quehaceres del hogar y las actividades en familia.

Algunas dificultades habituales y normales que pueden ser reportadas por los padres durante este período son: disminución en la frecuencia de las deposiciones, sensación transitoria de falta de leche materna y un retroceso en la calidad del sueño del bebé. Alrededor de los 2 meses se produce una hipertonía relativa del esfínter anal y los bebés pueden presentar una disminución muy significativa de la frecuencia de sus deposiciones. Además, en este período son frecuentes las llamadas “crisis transitorias de la lactancia”, en las cuales la madre tiene sensación de no tener suficiente leche y el bebé mama más de lo habitual. Corresponden a períodos de algunos días de duración en el que por el crecimiento rápido del bebé los requerimientos de leche aumentan y mama en forma más frecuente. Esto estimula por mecanismos hormonales una mayor producción de leche en la madre.

A partir de los 4 o 5 meses, los niños y las niñas pueden presentar despertares nocturnos frecuentes —breves, muchas veces el bebé despierta llorando—, como parte normal del desarrollo de los ciclos del sueño, llegando a un peak cercano a los 8 meses. Esto ocurre por una inmadurez relativa del SNC dado que a esta edad incorporan más fases de sueño y el cerebro infantil puede tener dificultades en pasar de un ciclo de sueño al siguiente (cada ciclo dura aproximadamente una hora).

Dentro de los problemas de salud importantes de este período, puede manifestarse en la madre una depresión postparto, condición seria, común y tratable, que tiene repercusiones a corto y largo plazo en la salud de la niña o el niño, la madre y la familia. Sin estrategias de tamizaje es habitualmente sub-diagnosticada, es por esto que en nuestro país se aplica la escala Edimburgo de sospecha diagnóstica en el control de los 2 y 6 meses. Ante la sospecha, es indispensable el diagnóstico profesional y seguimiento de las madres hasta el alta o el descarte de la depresión.

Durante este período se deben realizar tres controles de salud infantil (CSI) y una consulta nutricional (CN):



CONTROLES DE SALUD INFANTIL DE LOS 2, 3, 4 MESES

		Ideal	Tardío
Período	2 meses	1 mes 21 días - 2 meses 10 días	2 meses 11 días - 2 meses 20 días
	3 meses	2 mes 21 días - 3 meses 10 días	3 meses 11 días - 3 meses 20 días
	4 meses	3 mes 21 días - 4 meses 10 días	4 meses 11 días - 4 meses 29 días

Objetivos	**2, 3 y 4 meses**	• Realizar una evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño o la niña. • Orientar a padres y cuidadores en dudas respecto a desarrollo, salud y crianza de niños y niñas. • Entregar contenidos promocionales y preventivos concordantes con el período. • Fomentar la lactancia materna exclusiva. • Promover un desarrollo vincular saludable. • Fomentar la participación del padre en la crianza y cuidados.
	2 meses	• Detectar en la madre síntomas de depresión postparto.
	3 meses	• Revisión resultados de Rx de pelvis (GES displasia luxante de caderas).
	4 meses	• Detectar alteraciones del vínculo madre e hijo o hija.

Profesional	**2 meses**	Enfermero/a o Médico.
	3 meses	Médico.
	4 meses	Enfermero/a o Médico.

Instrumento o herramienta a aplicar	**2, 3 y 4 meses**	Score de riesgo de morir por neumonía.
	2 meses	Escala de depresión post-parto de Edimburgo.
	4 meses	Escala de evaluación vincular. Pauta Breve de evaluación del DSM. Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.

Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material a entregar	Formulario SRDM
2 por hora	Universal	Individual	Cartillas o dípticos según edad y pertinencia	"Control de salud" ante riesgo biopsicosocial, variación o extinción de un riesgo detectado anteriormente

Anamnesis

Antecedentes

- Revisar antecedentes médicos en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores.
- Revisar si el plan de acción individual fue llevado a cabo de acuerdo a los hallazgos de cada niño o niña.

2 meses	- Revisar respuestas de Escala Edimburgo.
3 meses	- Revisión de resultados de Rx de pelvis.

	- Revisión de resultados del "protocolo neurosensorial" realizado al mes de vida. En caso de alteración reevaluar con protocolo neurosensorial, anamnesis y examen físico- neurológico. - Si se encontraron signos de sintomatología depresiva en control anterior, evaluar si hubo confirmación diagnóstica y en ese caso si hubo ingreso a tratamiento. Preguntar a la madre cómo se ha sentido en el último mes y evaluar la activación de redes de apoyo. - Revisar registro de inmunizaciones de los 2 meses.
4 meses	- Si se encontraron signos de sintomatología depresiva en control de los 2 meses evaluar el procedimiento que se indicó y si fue efectivo. - Si se detectó alteración en los resultados de Rx de pelvis en control de los 3 meses, evaluar el procedimiento que se indicó y si fue efectivo. - Revisar factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso - Revisar el registro de inmunizaciones.
Preguntas	
- Dudas de la madre, padre y/o cuidadores principales. - Cómo ha estado la familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control. - Si la lactancia materna se efectúa en forma exclusiva y a libre demanda (sin horario). Si ha habido dolor, sangramiento, prurito u otras molestias u otras dificultades en la lactancia. - Cómo se siente la madre, el padre y/o cuidadores principales con el niño o la niña y si este es fácil de calmar y anticipar. Evaluar cómo perciben a su hijo o hija en términos de la facilidad de consolación. - Frecuencia y apariencia de orina y deposiciones. - Características del sueño del niño o la niña. - Si la madre, padre y/o cuidadores principales tienen dudas respecto a la audición y visión del niño o la niña. - Por riesgo de hipoacusia en la familia o factores de riesgo por la historia clínica del niño o la niña (Ver sección "*Evaluación Auditiva*", Capítulo 2). - Por antecedentes familiares o personales que predispongan a patología oftalmológica (Ver sección "*Evaluación Oftalmológica*", Capítulo 2). - Antecedentes de patologías congénitas en familiares de primer grado (displasia luxante de cadera, cardiopatía, disrafia espinal oculta, fisura labio palatina, ambliopía y/o estrabismo, cáncer infantil, trastornos sensoriales, etc.).	
2 o 3 meses	Si la madre volverá a trabajar en forma parcial a los 84 días de vida del menor o si optará por el postnatal de seis meses u otra alternativa, si cuenta con red de apoyo y si está capacitada en la técnica de extracción de leche materna.
3 o 4 meses	Si la madre volvió a trabajar en forma parcial a los 84 días, indagar en cómo ha sido el proceso, si cuenta con alguien que cuide a su hijo o hija y si requiere un apoyo específico.

Examen físico y evaluación integral	
Evaluación de relación madre, padre e hijo o hija	- Evaluar si la madre, padre y/o cuidador se dirigen con cariño al lactante, esto es posible de observar por la forma en que lo toma, desviste y le habla. - Evaluar si los padres responden adecuadamente al llanto del niño o la niña y logran calmarle y consolarle. - Evaluar si el niño o la niña mira o vuelve la cabeza hacia la madre, padre y/o cuidador principal, busca la interacción con ellos y les sonríe. - Evaluar si la madre se demuestra posicionada en su rol materno e interesada en la lactancia. - Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre. - ***4 meses:*** Aplicar escala Detección relación vincular, durante el examen físico. Especialmente observar a la díada en momentos de estrés. Por ejemplo: al pesar y medir.
Piel	- Evaluar la presencia y alcance de ictericia (*hasta los 2 meses).* - Si hubiera hemangiomas, angiomas línea media, periorificiales o nevos, describir apariencia, tamaño y ubicación en ficha clínica. - Si existen manchas color café con leche o hipocrómicas, describir apariencia, número, tamaño y ubicación en ficha clínica. - Evaluar dermatitis seborreica. - Descartar dermatitis de contacto, atópica, micótica o del pañal. - Reacción BCG *(hasta los 3 meses).*

Ganglios	- Presencia de adenopatías, caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). ○ Ante el hallazgo de adenopatías: búsqueda de otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez, petequias o equímosis) y hepato o esplenomegalia.
Cardio pulmonar	- *Evaluar pulsos periféricos*, presentes y simétricos, con énfasis en pulsos femorales. Si el control es realizado por un médico o profesional entrenado. - *Auscultación cardíaca:* descartar soplos cardíacos, ritmo irregular, arritmias y otros signos sugerentes de cardiopatía como cianosis (especialmente en zona peribucal al amamantar o hacer esfuerzos). - *Auscultación Pulmonar:* Evaluar el murmullo pulmonar simétrico y descartar ruidos pulmonares patológicos (diferenciar de ruidos fisiológicos transmitidos desde zona nasal).
Abdomen	- Ausencia de visceromegalia o hernias (especialmente inguinales). - Evaluar distención abdominal. - Descartar masas palpables.

Genitoanal	- Genitales con caracteres claros femeninos o masculinos.
	- Ausencia de dermatitis del pañal.
	- Ano en posición normal.
	  ○ *Mujeres:* descartar sinequias vulvares.
	  ○ *Hombres*: presencia de ambos testículos palpables en escroto (criptorquidia) y evaluar hidrocele fisiológico.

Neurológico, movilidad y tono	*Tono y movilidad* - Descartar hipotonía o hipertonía marcada. - Ausencia de clonus y/o hiperreflexia. - Simetrías en la movilización de extremidades o en los reflejos. - Posición de los pulgares. *Evaluar reflejo* - Cócleo palpebral. - Moro ante ruidos fuertes. - Descartar dificultad en la succión.
Ortopedia	- *Caderas:* abducción, evaluación con técnica de Ortolani y Barlow. - *Extremidades*: descartar asimetrías en movimiento o fuerzas, malformaciones (polidactilia, sindactilia entre otras)
Oftalmológico	- Descartar estrabismo permanente, epífora o secreción ocular. - Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. - Evaluar fijación de mirada y seguimiento con la mirada de objetos llamativos.
Auditivo	- Si el control es realizado por un médico o profesional entrenado, realizar otoscopia - Reacciona frente a ruido *(2 meses)*, observa a quien le habla *(3 meses)* y orienta cabeza en dirección a una voz *(4 meses).*
Antropometría	- Medición de longitud. - Medición de peso. - Medición de perímetro craneano, determinar la existencia de macrocefalia o microcefalia considerando la longitud (corregir por talla). - Palpar fontanela anterior presente. - Evaluar simetría en general del cuerpo y cabeza.

Señales de maltrato o abuso sexual	- Descartar señales de negligencia o maltrato físico, sospechar ante:
	  ○ Lesiones en el niño o la niña más graves de lo esperado por la historia entregada por los padres.
	  ○ Múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención médica.
	  ○ Sospechar maltrato físico si existen fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios inhabituales.
	  ○ Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica.

Diagnósticos

a. Nutricional (eutrofia, riesgo de desnutrir, desnutrición sobrepeso u obesidad).
b. Desarrollo psicomotor, socioemocional y vincular (normal o anormal, en caso de ser anormal especificar).
c. Problemas de salud encontrados.
d. Problemas psicosociales a nivel familiar.
e. Otros problemas de salud.

Banderas rojas

Señal de alerta	Acciones a seguir
Incremento ponderal discrepante con la Curva OMS	- Evaluar incremento ponderal según la curva esperada para cada niño o niña - Corregir por edad gestacional cuando corresponda - Educar en técnica de lactancia materna. - Educar respecto al abrigo adecuado. - Si se requiere extracción de leche, educar sobre técnica y dar indicaciones de extracción de leche. - Control en clínica de lactancia o similar para asegurar buen incremento ponderal
Niños o niña eutróficos con 2 o más factores de la Pauta de riesgo de malnutrición por exceso (4 meses)	- Citar a taller grupal de prevención de malnutrición por exceso, con carácter obligatorio. - Consignar citación en la contratapa de la ficha clínica y en el Cuaderno de salud del niño y la niña.
Mal nutrición por exceso	- Enseñar a interpretar señales de hambre del bebé. - Reforzar lactancia materna exclusiva y que la alimentación complementaria debe comenzar luego de los 180 días de vida (6 meses).
Riesgo de Desnutrición (P/E – 1 DS)	- Evaluar la progresión de curva desde el nacimiento, considerando factores como peso y edad gestacional al nacer. Si el incremento ponderal se ha estancado o no presenta progresión normal derivar a Médico (en caso de control realizado por Enfermero/a) para descartar morbilidad en la madre o en el niño o la niña. - Descartar síntomas depresivos de la madre, si los tiene seguir flujo “Madre con síntomas depresivos según Escala Edimburgo”
Desnutrición (P/E – 2 DS)	- En caso de que el control sea realizado por Enfermero/a, derivar a Médico para diagnóstico y tratamiento.
Ausencia de lactancia materna o lactancia materna parcial	- Evaluar los motivos por los que la madre no está amamantando de forma exclusiva. - Apoyar a la madre para recuperar la lactancia, considerando sus motivaciones y su contexto biopsicosocial. - Derivar a profesionales que realizan consulta en clínica de lactancia materna.
Problemas de lactancia	- Dependiendo de la causa del problema, educar respecto a la técnica de lactancia materna y/o entregar medidas generales para la resolución del problema observado [67]. - Controlar en clínica o consulta de lactancia en 48-72 horas. - En caso de que el control sea realizado por Enfermero/a, derivar a Médico en caso de requerir diagnóstico y tratamiento. - Sugerir contactar a grupos de apoyo como liga de la leche u otros presentes a nivel local.
Presencia de algorra	- En caso de que el control sea realizado por Enfermero/a, derivar a Médico para tratamiento - Dar consejería respecto al adecuado aseo de la boca.
Presencia de prematuros o predeciduo	- Derivar a Odontólogo para evaluación y eventual tratamiento.

Madre con síntomas depresivos según Escala Edimburgo (2 meses)	*Una puntuación de 10 o más* - Derivación asistida (el profesional toma la hora directamente) a Médico para confirmación o descarte de depresión y eventual ingreso a GES. - Fomentar los tiempos de descanso, actividad física y ayuda en labores diarias para la madre. - Vincular a la madre con otras madres, por ejemplo, en grupos de liga de la leche, talleres nadie es perfecto, entre otros. *Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10 (síntomas suicidas)* - Evaluación del riesgo vital (ideación, planificación o ejecución). - Asegúrese que la mujer sea atendida en forma inmediata por Médico o en la Urgencia (acompañada por personal de salud), para eventual diagnóstico e ingreso a tratamiento según Guía Clínica "Depresión en personas de 15 años y más". - Contacte a las personas más cercanas para activar el apoyo y acompañamiento permanente. - Asegúrese que la mujer sea acompañada por un adulto que entienda la situación y la importancia de la derivación, del tratamiento y de brindar apoyo en el cuidado del hijo o hija.
Escala de detección de relación vincular alterada (4 meses)	- Consejería según las indicaciones según patrón de apego (Ver subsección de "Apego y estilos", Capítulo 5). - Recomendar la utilización de Fonoinfancia en caso de dudas posteriores. - Incentivar la participación en talleres de masaje o de estimulación.
Cuidadores principales con dificultades para dar cuidado del niño o niña	- Incentivar que el padre o acompañante significativo se involucre activamente en los cuidados de su hijo o hija, para fortalecer el vínculo entre ellos. - Llevar el caso a reunión del equipo de cabecera para plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral. - Activar la red comunal Chile Crece Contigo. - Derivar a Nadie es Perfecto. - Cuando la intensidad de los conflictos es mayor que lo habitual, derivar a un profesional, derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental [21] [22].
Niño o niña difícil de consolar	Descartando la existencia de alguna causa médica en el examen físico: - Educar a los padres y cuidadores en técnicas de manejo del llanto. - Revisar resultados de escala de Detección de relación vincular alterada y Edimburgo. En caso de resultados alterados verificar el cumplimiento del plan de trabajo de intervención. - Analizar si hay otros estresores presentes a nivel familiar que puedan influir en el llanto infantil y efectuar consejería -

Señales de maltrato y/o abuso sexual	- Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para diagnóstico clínico.
	- Determinar si hay riesgo vital del niño o la niña.
	- Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito).
	  ○ En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores".
	  ○ En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual".

21 Recomendar ver Video: "Apego Seguro" (2013) [Película]. Chile Crece Contigo (Dirección).

22 Ver Video: "Manejo Respetuoso del Llanto" [Película] (2013) & "Manejo Respetuoso de los Cólicos" (2013) [Película]. Chile Crece Contigo (Dirección).

Examen neurológico alterado (3 meses)	Ante persistencia de protocolo neurosensorial anormal o muy anormal o examen neurológico alterado: - Derivar a neurólogo infantil.
Pauta Breve alterada (4 meses)	- Derivar a evaluación con Test del DSM dentro de los siguientes 15 días siguientes. - En caso de Test del DSM alterado seguir flujograma descrito a los 8 meses.
Presencia de síntomas de enfermedad	Ante tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad, derivación inmediata a Médico para diagnóstico e indicación de tratamiento.
Score de IRA en puntaje moderado o grave	*Moderado y grave* - Derivación a talleres IRA. - Consejería antitabaco si hay integrantes en la familia que fumen. - Intervenciones según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. *Grave* - Visita domiciliaria para evaluación específica de factores de riesgo respiratorios. - *Seguimiento:* Para evitar que estos niños o niñas se expongan a contagio, realizar manejo domiciliario o seguimiento telefónico posterior al diagnóstico de episodio respiratorio agudo.
Radiografía de pelvis alterada (3 meses) o signos sugerentes de displasia luxante de cadera	- Derivar a interconsulta urgente a Ortopedista para diagnóstico. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 30 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Displasia luxante de cadera).
Rojo pupilar alterado o leucocoria	- Derivar para interconsulta urgente a Oftalmólogo para diagnóstico y eventual tratamiento. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Cáncer en personas menores de 15 años).
Estrabismo fijo	- Derivar para interconsulta urgente a Oftalmólogo para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Estrabismo en menores de 9 años).
Sospecha de cardiopatía congénita	- Derivar a interconsulta a Cardiólogo o Pediatra con entrenamiento cardiológico para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 21 días, por sospecha de enfermedad AUGE (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
Ictericia persistente o tardía (2 meses)	- Si el control es realizado por Médico, solicitar urgentemente bilirrubina total y directa para descartar patología hepática (por ejemplo: Atresia de vías biliares). - Si el control es realizado por Enfermero/a, derivar asistidamente a consulta con Médico para evaluación y eventual solicitud de exámenes.
Hemangiomas	Derivar a Dermatólogo si el hemangioma es: - De gran tamaño (compromete más del 5% de la superficie corporal). - Crece a gran velocidad (duplica su tamaño en el trascurso de 1 mes). - Se encuentra en zonas periorificiales (genital, anal, ocular, ótica o nasal), en pliegues o zona del pañal. - Está complicado (ulcerados, con o sin sobreinfección, o sangrado a repetición). - Son múltiples hemangiomas (más de 5).

Sospecha de neurofibromatosis tipo 1	Si, existen - 6 o más manchas color café con leche - Tener un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. - Dos o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o de cualquier tipo o un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). - Efélides (pecas) en región de axilar o inguinal. En estos casos derivar a Neurólogo infantil
Dermatitis atópica o alérgica	- Indicar medidas generales, baños cortos con agua tibia (no muy caliente), hidratación diaria con crema hipoalergénica, ropa 100% de algodón sin broches metálicos ni etiquetas, lavado de ropa con detergente hipoalergénico y sin suavizante, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombra, etc.)
Sospecha de criptorquidia, hernia inguinal, hipospadia o epispadia.	- En caso de que el control lo realice Enfermero/a, derivar a Médico para confirmar el diagnóstico. - En caso de que un Médico confirme el diagnóstico, derivar en forma urgente a Cirujano infantil.
Sospecha de constipación orgánica	Ante deposiciones duras o caprina debe derivarse a Gastroenterólogo para suevaluación, independiente de la frecuencia de las deposiciones (no derivar a niños o niñas que presentan frecuencia disminuida —hasta una en cuatro a cinco días puede ser normal en este período— pero de consistencia blanda o líquida).
Sospecha clínica hipoacusia o factores de riesgo de hipoacusia (familiares o personales)	Si existe sospecha clínica hipoacusia o cumple con factores de riesgo (Ver sección "*Evaluación Auditiva*", Capítulo 2): - Derivar en forma urgente a Otorrinolaringólogo para confirmación diagnóstica.
Presencia de factores de riesgo de patología oftalmológica (familiares o personales)	Si cumple con factores de riesgo (Ver sección "*Evaluación Oftalmológica*", Capítulo 2): - Derivar a Oftalmólogo para la evaluación por especialista.

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente a consulta, en los plazos y por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles. En los casos de problemas graves, asegurarse que las derivaciones sean efectivas.

Indicaciones

2 meses	*Solicitar Rx de pelvis para su revisión a los 3 meses.* *Mantener vitamina D 400 UI al día, indicar gotas según la marca.* Anticipar respecto a la hipertonía anal transitoria (Grunting Baby Syndrome), durante esta etapa se da una disminución en la frecuencia de deposiciones, siendo normal que se presente una deposición por cada 4 o 5 días (blandas o líquidas). Siempre que el niño o niña se encuentre tranquilo, no presente molestias y elimine gases, esto no requiere intervención.
2 y 3 meses	*Si la madre volverá a trabajar en forma parcial a los 84 días,* – Orientar sobre opciones de cuidado para su hijo o hija mientras ella asiste al trabajo, sobre las salas cunas del sector y procedimiento para ingreso. – Fomentar el uso del Fono Mujer y Maternidad 800 520 100 en caso de dudas de permisos postnatal o parental (Ver anexo 25 “Red de servicios”). – Citar a clínica de lactancia (primera opción) o consulta de lactancia para educar en técnicas de extracción y conservación de leche materna.
2 y 4 meses	*Indicar vacunas del PNI y derivar al vacunatorio para que se le administren según calendario vigente y explicar los beneficios y efectos secundarios de estas*. Indicar el uso de paracetamol post vacuna solo ante la presencia de fiebre y/o dolor significativos (15 mg/ kilo/dosis) y no de manera profiláctica (Ver sección “Inmunizaciones en la Infancia”, Capítulo 5). *Suplementos*
4 meses	– Indicar hierro (sulfato ferroso) 1mg/kilo/día (Ver subsección “Suplementación vitamínica y de minerales durante el primer año de vida”, Capítulo 5) – Mantener vitamina D 400 UI (número de gotas según marca comercial). – Anticipar respecto a interrupciones del sueño durante la noche, donde el niño o niña se despierta llorando o moviéndose varias veces durante la noche normalmente cada una hora como máximo. Esto sucede porque se incorporan nuevas fases al sueño infantil, más similares al sueño adulto y algunos niños y niñas tienen una dificultad en esta transición que puede durar aproximadamente 1 año23 . El patrón de sueño similar al del adulto (dormir toda la noche) puede alcanzarse entre los 3 y 4 años.

Fomentar lactancia materna exclusiva libre demanda en base a las necesidades del niño o niña y de la madre (sin horario ni frecuencia), en caso de utilizar sucedáneos de la leche materna intentar disminuirlos, cuando sea posible. Explicar que en este período pueden presentarse crisis transitorias de lactancia, es decir períodos de 4 a 5 días en que el niño o niña mama con muy alta frecuencia para aumentar la producción de leche en su madre, debido al aumento de sus requerimientos por crecimiento rápido, esto no requiere tratamiento ni suplementación con formula.

Reforzar la utilización de cuna, cartilla educativa, bolso, ropa, aceite para masajes, cojín de lactancia, portabebe y alfombra de goma Eva del Programa de apoyo al recién nacido (PARN), según nota metodológica correspondiente

Educar respecto a hábitos adecuados

- Baño diario o día por medio (no usar jabón/champúshampoo todos los días). -Limpiar la boca con gasa o pañal de algodón limpio, pasar por rebordes, encías, lengua y pared interna de las mejillas.
- Fomentar el sueño diurno y nocturno, ante señales de cansancio del bebé.

Prevención de accidentes, énfasis en la utilización de silla de auto en segunda fila mirando hacia atrás, no exponer al Solsol, medidas para disminuir riesgo de muerte súbita durante el sueño. Educar sobre la importancia de no dejar solo o sola/a durante el baño en ningún momento, por riesgo de inmersión (Ver sección de “Prevención de accidentes y seguridad”, Capítulo 5).

Educación respecto de signos alarma (cuándo debe consultar con médico y acudir a la urgencia): ante la presencia de fiebre (educar en toma de temperatura con termómetro, tres minutos en zona axilar o un minuto rectal, siendo normal hasta 37,5 °C, axilar y hasta 38 °C, rectal), decaimiento importante o irritabilidad, rash cutáneo, tos, dificultad respiratoria, rechazo alimentario, diarrea y/o vómitos.

Cuidados de la piel: No exponer al Solsol en forma directa, ni aplicar bloqueador.

23 Ver <<Dormir sin Lágrimas>> (2006), Rosa Jove

<table>
<tr><th colspan="3">Fomento de desarrollo integral</th></tr>
<tr><td>Emocional</td><td colspan="2">- Realizar énfasis en la importancia de la contención emocional y rápida respuesta ante el llanto, así como en el fomento de instancias de contacto piel con piel para disminuir el llanto.
- Fomentar el cargar al bebé en brazos o en porta bebé (PARN).
- Buscar las causas del llanto y darle rápida solución.
- Cuando el llanto persista, a pesar de atender adecuadamente, fomentar el consuelo efectivo: interacción cara a cara con el bebé, hablarle suavemente, mecerle, etc. (Ver Sección de “Manejo del llanto y consuelo efectivo”).
- Aprovechar los espacios de lactancia para estimulación cara a cara, auditiva y táctil.
- Explicar que los bebés requieren ser cargados, acompañados o amamantados para dormir.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Motor</td><td>2 y 3 meses</td><td>- Fomentar el tiempo en prono diario (solo cuando esté despierto), sobre
- superficies firmes como la alfombra de goma Eva (PARN) sobre el suelo, o
- sobre el pecho/abdomen del padre o la madre, aprovechando así la
- interacción.</td></tr>
<tr><td>4 meses</td><td>- Poner al niño o a la niña por tiempos equivalentes en prono, en supino o de lado sobre el suelo para que se mueva libremente.
- Inclinar cuidadosamente la goma Eva para que el niño o la niña gire. Con el sentido de movimiento desarrolla balance y control.</td></tr>
<tr><td>Lenguaje</td><td colspan="2">- Imitar, como espejo, los sonidos que el niño o la niña emite.
- Aprovechar instancias como el baño, alimentación y juego para conversarle y cantarle.
- Realizar interacciones cara a cara.
- Ir contándole las actividades que se van realizando con el niño o niña.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Juego activo y tranquilo</td><td>3 y 2 meses</td><td>- Jugar con un cascabel y estimularlo con distintos sonidos, uno a la vez (timbre, pito o arrugar papel).
- Utilizar móvil con figuras con volumen, como esferas de colores, y situarlo a unos 30 o 40 cm de altura, asegurándose que el bebé pueda verlo.
- Colocar pulseras de colores para que observe sus manos, siempre bajo observación de un adulto para evitar el riesgo de asfixia y ahogo.
- Tocarlo con distintos objetos y texturas (suave, áspero o seda).
- Se recomienda ponerlo sobre una goma Eva, ofreciéndole juguetes grandes y vistosos para jugar, gasas o pañuelos de colores hacia él o ella.</td></tr>
<tr><td>4 meses</td><td>- Mostrarle al niño o la niña objetos que llamen su atención (cascabeles, tazas de plástico, cucharas de madera o paños de colores) para motivar que los tome, si estos le llaman la atención los va a tomar.
- Mostrarle al niño o la niña su imagen frente a un espejo.
- Mantener móviles a una distancia dentro del alcance de la niña o niño.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Promover el uso de FONOINFANCIA 800 200 818 en caso de dudas de crianza y desarrollo de niños y niñas (servicio gratuito), SALUD RESPONDE 600 360 7777 en caso de dudas o necesidad de orientación (incluyendo urgencia) en relación a la salud del niño o la niña y la página www.crececontigo.gob.cl para resolver dudas de estimulación, crianza y realizar “consulta a expertos” en diversas áreas.

Invitar a participar de los talleres para el fomento de competencias parentales Nadie es Perfecto, vincular a grupos comunitarios de la liga de la leche u otras iniciativas de promoción al desarrollo infantil y la crianza.

Citar al próximo control</td></tr>
</table>

Período	5 meses - 5 meses 29 días
Objetivos	• Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta cumplidos los 6 meses de vida y complementada hasta los 2 años o más. • Indicar la alimentación complementaria no láctea a partir de los 6 meses de vida (180 días de vida), saludable y balanceada considerando las particularidades del lactante y familiares. • Promover hábitos de alimentación saludable y actividad física diaria a nivel familiar. • Prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos con la promoción de hábitos de higiene y manipulación de alimentos en el hogar. • Anticipar a la familia en relación a la reacción normal de los niños frente a la alimentación complementaria: huelgas de lactancia, neofobias, variabilidad del apetito, preferencias alimentarias, reflejo de extrusión, entre otras.
Profesional	Nutricionista
Instrumento o herramienta a aplicar	Score de riesgo de morir por neumonía (NAC). Revisar si se aplicó “Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso” en control de salud del 4 mes.

Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material o cuestionario a entregar	Formulario SRDM
2 por hora	Universal	Individual	Cartillas o dípticos según edad y pertinencia	“Control de salud” ante riesgo biopsicosocial, variación o extinción de un riesgo detectado anteriormente

Anamnesis

Antecedentes

- Revisar la ficha clínica personal y familiar e información de controles de salud anteriores realizados al niño o niña.
- En caso de que se haya detectado una relación vincular alterada, conocer el procedimiento que se adoptó y si fue efectivo.
- Revisar el registro de inmunizaciones.
- Revisar el registro del retiro de alimentos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

Preguntas

- Dudas de la madre, padre y/o cuidadores principales.
- Cómo ha estado la familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control.
- Si la lactancia materna se efectúa en forma exclusiva y a libre demanda (sin restricciones). Si ha habido dolor, sangramiento, prurito, otras molestias u otras dificultades en la lactancia.
- Cuáles son los hábitos alimenticios de la familia, qué es lo que comen habitualmente y en qué horarios.
- Si recibe suplementación diaria: vitamina D (400UI) y hierro (1mg/kilo/día).
- Si la familia realiza actividades recreativas en el exterior o actividad física en conjunto, considerando forma de transporte, actividades en el hogar y juegos preferidos del menor.
- Antecedentes en la familia de obesidad, sobrepeso, diabetes, rechazo a la comida, etc.
- La presencia de los siguientes factores de malnutrición por exceso:
    - Madre y/o padre obeso
    - Lactancia materna exclusiva insuficiente, inferior a 4 meses (Mientras más prolongada sea la lactancia se considera un factor protector de obesidad).
    - Recién nacido (RN) pequeño para la edad gestacional (PEG) o macrosómicos (peso mayor o igual a 4 kg).
    - Antecedentes de diabetes gestacional en ese embarazo.
    - Diabetes tipo II en padres y/o abuelos.

- Si la madre volvió a trabajar, preguntar si mantiene la lactancia materna y si el lugar de trabajo cuenta con las condiciones (instalaciones o permisos) adecuadas para el amamantamiento. Indagar en cómo esto ha afectado la alimentación del niño o la niña.
- Otros factores personales que deben considerarse como factores de riesgo son: incremento acelerado de peso durante la infancia (cruce de percentiles ascendentes) u obesidad actual.

Examen físico y evaluación integral		
Evaluación de la relación madre, padre e hijo o hija	- Evaluar si el niño o la niña logra ser consolado por la madre, padre y/o cuidador. - Evaluar si la madre se dirige con cariño al lactante, esto es posible de observar en la forma en que lo toma, desviste y le habla. - Evaluar si el niño o la niña busca interacción con los padres y sonríe. - Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre.	
Antropometría	Del niño o la niña	- Medición de longitud. - Medición de peso. - Medición de perímetro craneano, determinar existencia de macrocefalia o microcefalia. considerando la longitud (corregir por talla). - Palpar fontanela anterior presente.
	De la madre, padre y/o cuidador presente	- Medición de talla. - Medición de peso.
Signos de carencias específicas	- Palidez de mucosas. - Taquicardia (anemia).	
Señales de maltrato o abuso sexual	- Lesiones en el niño o la niña más graves de lo esperado por la historia entregada por los padres. - Múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención médica. - Sospechar maltrato físico si existen fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios inhabituales.	

Diagnósticos

a. Diagnóstico nutricional integrado

Banderas rojas	
Señal de alerta	Acciones a seguir
Incremento ponderal discrepante con la Curva OMS	- Educar en técnica de lactancia materna. - Si se requiere extracción de leche, educar sobre la técnica. - Educar en técnicas para dar leche extraída o formula (suplementador al pecho. Si el problema implica la toma directa preferir vasito o suplementador al dedo). - Revaluar en clínica de lactancia u otra prestación similar, para asegurar un incremento ponderal.
Ausencia de lactancia materna o lactancia materna parcial	- Evaluar los motivos por los que la madre no está amamantando de forma exclusiva. - Apoyar a la madre para recuperar la lactancia, considerando sus motivaciones y su contexto biopsicosocial. - Derivar a profesionales que realizan consulta en clínica de lactancia materna.
Problemas de lactancia	- Dependiendo de la causa del problema, educar respecto a la técnica de lactancia materna y/o entregar medidas generales para la resolución del problema observado [67]. - Controlar en clínica o consulta de lactancia en 48 a 72 horas. - Derivar a Médico en caso de requerir diagnóstico y tratamiento. - Sugerir contactar a grupos de apoyo como Liga de la Leche u otros presentes a nivel local.

Mal nutrición por exceso	- Aplicar la Pauta de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNTs) y ante tres o más factores de riesgo derivar inmediatamente a Médico, también si se encuentran los siguientes factores: talla baja; retraso del DSM; dismorfia; hirsutismo; sospecha de otro problema biomédico [75]. - Consejería en estilos de vida saludable. - Elaborar un plan de trabajo específico de intervención individual y familiar en alimentación y actividad física, y plan de seguimiento. - Derivar a sesiones educativas de malnutrición por exceso.
Niño o niña eutrófico con dos o más factores de riesgo por malnutrición por exceso	- Derivar a algún taller grupal donde se eduque respecto de hábitos saludables de alimentación y actividad física (1 sesión). - Elaborar un plan de trabajo consensuado y adecuado a la familia para prevenir malnutrición por exceso.
Desnutrición	- Evaluar el contexto psicosocial familiar y del entorno, para una eventual elaboración de un plan de trabajo consensuado con la familia y con el equipo de cabecera, derivación a Asistente social y/o vinculación con la red comunal Chile Crece Contigo. - Analizar la historia médica del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. - Derivar a Médico para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y eventual derivación. - Considerar la derivación a nivel secundario ante los siguientes hallazgos: o Crecimiento longitudinal (estatura)< -2 DS. o Vomitadores crónicos. o Diarrea a repetición. o Sangre en deposiciones. o Anorexia persistente. o Anomalías específicas en el examen físico. o Retraso del desarrollo psicomotor. o Distribución anómala de la grasa corporal. o Alteración en las proporciones corporales. o Signos carenciales. o Otros que se estimen pertinentes.
Riesgo de desnutrir	- Evaluar la curva de crecimiento e incremento ponderal de acuerdo a la realidad individual: considerar carga genética, incremento mes a mes y corregir por edad gestacional al momento del nacimiento. - En caso de sospechar patología asociada, derivar a Médico.
Talla baja (≤ 2 DS)	Corregir por edad gestacional al momento del nacimiento - Derivar a Médico para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía, obesidad, retardo mental, crecimiento menor a 75 % de lo esperado para su edad en más de dos controles sucesivos, presencia de enfermedad crónica (cuadros diarreicos o cuadros bronquiales a repetición), talla < -3 DS (enanismo) o alteración de las proporciones corporales.
Talla alta (≥ 2 DS)	- Evaluar carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a médico para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales.

Madre posparto y/o cuidadores principales de 20 a 45 años con sospecha de síndrome metabólico	*Se considerará Síndrome Metabólico cuando la persona presenta IMC > 30 y/o perímetro de cintura aumentado (mujeres + 88 cm y hombres + de 102 cm) más otros factores de riesgo (intolerancia a la glucosa, alteración lipídica, prehipertensión, antecedentes de madre, padre o hermano con DM2).* - En caso de que la madre, padre y/o cuidador principal presente IMC > 30 y/o perímetro de cintura aumentado, se debe derivar a Médico para descarte o confirmación diagnóstica de Síndrome Metabólico. En caso de confirmación, el Médico será el responsable de derivar a Programa de Vida Sana (Ver anexo 8 "*Componentes del Programa vida sana*") u otro programa o profesional según la oferta local.
Manipulación incorrecta de los alimentos	- Consejería respecto a la correcta manipulación, preparación y refrigeración de los alimentos. - Educar respecto a medidas para evitar la contaminación cruzada.
Score de IRA en puntaje moderado o grave	*Moderado y grave* - Derivación a talleres IRA. - Consejería antitabaco si hay integrantes en la familia que fumen. - Intervenciones según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. *Grave* - Visita domiciliaria para evaluación específica de factores de riesgo respiratorios. - Seguimiento: Para evitar que estos niños o niñas se expongan a algún contagio, realizar manejo domiciliario o seguimiento telefónico posterior al diagnóstico de episodio respiratorio agudo.

Señales de maltrato y/o abuso sexual	- Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para diagnóstico clínico.
	- Determinar el riesgo vital del niño o la niña.
	- Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito).
	  o En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores".
	  o En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual".

Otros problemas psicosociales	- Completar la hoja de SIIS ChCC del niño o niña con riesgo. - Realizar un plan de trabajo familiar y considerar la necesidad de prestaciones diferenciadas (reunión con el equipo de cabecera, visita domiciliaria integral, etc).

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente a consulta, en los plazos y por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles. En los casos de problemas graves, asegurarse que las derivaciones sean efectivas

Indicaciones

Fomentar la lactancia materna exclusiva a libre demanda hasta los 6 meses cumplidos y la lactancia materna complementaria hasta los 2 años de vida o más, respetando las decisiones de la madre y la familia.

Ofrecer alimentos complementarios no lácteos a partir de los 6 meses de vida (180 días), respetando las señales de apetito y saciedad del lactante Dar consejos prácticos de cómo cocinar u ofrecer los alimentos a un niño o niña de esta edad según la realidad de cada familia.

Explicar la importancia de cero sal y cero azúcar, durante al menos los 1.000 primeros días de vida.

Promover como fuentes de hidratación para los niños y las niñas pequeños la leche materna y el agua pura (no usar jugos ni bebidas azucaradas)

Anticiparse a la reacción normal de los niños y las niñas frente a la alimentación complementaria, neofobias, variabilidad del apetito, preferencias alimentarias, extrusión de la lengua, entre otras.

Conversar sobre la importancia de que la alimentación sea un momento agradable, afectuoso y respetuoso, nunca forzar ni engañar, no usar comida como premio o castigo (Ver sección “Alimentación”, Capítulo 5).

Reforzar el concepto que los niños y las niñas sanos regulan su ingesta energética según sus necesidades y que nunca deben ser forzados o engañados para comer.

Indicar medidas promocionales y preventivas para implementar en el entorno familiar, de acuerdo a los hábitos de alimentación, actividad física y los resultados del estado nutricional de los padres,

Educar respecto a la importancia de utilización de alimentos sanos, seguros e inocuos: medidas para evitar contaminación cruzada, evitar usar los mismos utensilios para manipular carnes crudas y luego alimentos que se consumirán sin cocción, mantener alimentos refrigerados, lavado de manos previo y durante a la preparación de alimentos, limpieza de superficies, etc.

Promover el uso de *FONOINFANCIA* 800 200 818 en caso de dudas de crianza y desarrollo de niños y niñas (servicio gratuito), S*ALUD RESPONDE 600 360 7777,* en caso de dudas o necesidad de orientación (incluyendo urgencia) en relación a la salud del niño o la niña y la página *www.crececontigo.gob.cl* para resolver dudas de estimulación, crianza y realizar “consulta a expertos” en diversas áreas.

Invitar a participar en los talleres para el fomento de competencias parentales Nadie es Perfecto, vincular a grupos comunitarios de la Liga de la Leche u otras iniciativas de promoción del desarrollo infantil y la crianza.

Citar al próximo control según calendario

LACTANTE MEDIO

(6 Y 11 MESES)



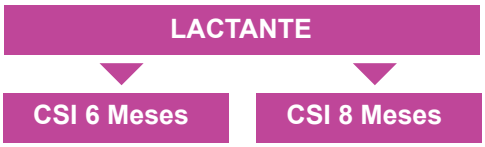
En este período, el lactante comienza a ver el mundo desde nuevas perspectivas. Al comienzo del período, logra sentarse por algunos segundos, y al final de este generalmente, comienza el desplazamiento independiente, ya sea gateando (fase opcional del desarrollo) o dando sus primeros pasos con o sin apoyo, lo que aumenta su independencia. Esto también implica mayor cuidado de los padres para la prevención de accidentes, quienes deben establecer medidas de seguridad y ayudarles a entender qué cosas pueden ser peligrosas para ellos. También en este período comienza a comprender la palabra “no”.

Existe un gran desarrollo socioemocional que permite una mayor interacción con el mundo y comienza a mostrar una clara preferencia por la figura de apego, así como un desconocimiento de los extraños. En este período, cercano a los 9 o 10 meses comienza la ansiedad de separación, en el que el niño o la niña teme alejarse de su cuidador principal, pues aún no comprende del todo que volverá.

En la comunicación también existe un salto muy considerable. Los niños y las niñas están muy interesados en poder expresarse y entender a quienes les rodean. Es frecuente que en este período comiencen a hacer señas como parte del lenguaje no verbal y también que comiencen a repetir disílabos para finalmente decir sus primeras palabras.

	6 a 7 meses	8 a 9 meses	10 a 11 meses
Motor grueso	- En prono: se mueve hacia adelante y atrás. - En supino: lleva los pies a la boca. - Paracaídas lateral - Sedestación: se sienta sin apoyo por segundos o logra sentarse en posición de trípode. - Flecta las rodillas con energía al ponerle de pie.	- Sedestación independiente (7-8 meses). - Gatea o se arrastra (9 meses). - Intenta sentarse estando en supino.	- Da sus primeros pasos con apoyo (10 meses) - Paracaídas horizontal. - Marcha lateral (en posición bípeda, afirmado de algo se desplaza lateralmente).
Motor fino	- Toma objetos con la palma de la mano. - Transfiere objetos de una mano a la otra. - Coordina mano - pie - boca (7 meses)	- Toma 2 cubos con pinza intermedia (término lateral). - Golpea objetos entre sí. - Busca un objeto que cayó en silencio.	- Lanza objetos con intención. - Revuelve con cuchara.
Cognitivo	- Explora el mundo a través de la vista y llevándose los objetos a la boca.	- Desarrolla concepto de permanencia del objeto. - Aprende juegos interactivos. - Distingue continente de contenido (entienden que hay cosas dentro de otras).	- Realiza acciones de autoayuda (toma de un vaso ayudado por otro-10 meses-, ayuda a vestirse-11 meses-). - Comprende conceptos simples de causalidad y efecto (encuentra un objeto debajo de una taza o paño).
Comunicación	- Balbucea y vocaliza. - Reconoce su nombre. - Se gira a la voz.	- Dice disílabos (da-da, pa-pa, ma-ma) inespecíficos. - Imita sonidos. - Hace adiós con la mano y aplaude (9 meses).	- Dice la primera palabra (11 meses), dice papá específico. - Entiende concepto del ´´no´´. - Baila con rebote al son de la música.
Socio-emocional	- Es sociable, interactúa con sus padres. - Reconoce rostros familiares. - Comienza a desconocer a extraños (7 meses)	- Se muestra aprensivo con extraños, los desconoce. - Busca a sus padres como fuente de juego y resguardo. - Ansiedad de separación.	- Siente miedo. - Mirada preferencial a su nombre. - Pide ayuda.

Durante este período se deben realizar dos controles de salud infantil (CSI):



Se recomienda comenzar el examen con el niño o la niña en brazos de los padres, dejando lo más molesto para el final (ojos, oídos, boca, nariz y abdomen, antropometría). Explicar a los padres que es normal que a esta edad los niños y niñas lloren durante el examen.

CONTROLES DE SALUD INFANTIL DE LOS 6 Y 8 MESES

Período		Ideal	Tardío
	6 meses	5 meses 21 días - 6 meses 10 días	6 meses 11 días - 7 meses 20 días
	8 meses	7 meses 21 días - 8 meses 10 días	8 meses 11 días - 11 meses 20 días
Objetivos		• Orientar a padres y cuidadores en las dudas que presenten sobre el desarrollo integral y la crianza de niños y niñas. • Realizar una evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño o la niña. • Promover la lactancia materna complementaria. • Detectar en la madre síntomas de depresión materna y promover un desarrollo vincular saludable. • Prevenir enfermedades y accidentes. • Entregar recomendaciones a la madre que ha reingresado a trabajar	
Profesional		Enfermero/a o Médico	
Instrumento o herramienta a aplicar	6 meses	- Escala de depresión postparto de Edimburgo. - Score de riesgo de morir por neumonía.	
	8 meses	- Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor. - Pauta de seguridad infantil, completada por los padres. - Score de riesgo de morir por neumonía.	

Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material o cuestionario a entregar	Formulario SRDM
6 meses: 2 por hora *8 meses:* 45 a 60 min	Universal	Individual	*6 meses* - Acompañándote a descubrir I (Pack 3). - Pauta de seguridad infantil *6 y 8 meses* - Cartillas o dípticos según edad y pertinencia	"Control de salud" ante riesgo biopsicosocial, o variación o extinción de un riesgo detectado anteriormente

Anamnesis

Antecedentes

- Revisar antecedentes médicos en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores.
- Revisar si el plan de acción individual fue llevado a cabo de acuerdo a los hallazgos de cada niño o niña.
- Revisar score de riesgo de morir de neumonía.
- Revisar registro de inmunizaciones.
- **6 meses:** Revisar respuestas de escala Edimburgo durante el 6to mes y contrastar con resultado al segundo mes.
  - **8 meses:** Revisar la pauta de Prevención de Accidentes completada por los padres idealmente en el hogar.

Preguntas

- Dudas de la madre, padre y/o cuidadores principales
- Cómo ha estado la familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control.
- Cómo se siente la madre, padre y/o cuidadores principales con el niño o la niña y si este es fácil de calmar y anticipar. Evaluar cómo perciben a su hijo o hija en términos de la facilidad de consolación.
- Cómo se ha sentido la madre anímicamente, si cuenta con apoyo y redes.

- Si la lactancia materna se efectúa en forma complementaria y a libre demanda (sin horario). Si ha habido dolor, sangramiento, prurito, otras molestias u otras dificultades en la lactancia.
- Cómo ha sido la introducción de alimentos complementarios a la lecha materna, y cómo ha sido el cambio, tanto para la madre, la familia y el niño o la niña (en los casos de los niños que tienen más de 6 meses).
- Si ha habido erupción de los primeros dientes y cuidados asociados.
- Si la madre volvió a trabajar, preguntar si mantiene la lactancia materna y si el lugar de trabajo cuenta con las condiciones (instalaciones o permisos) adecuadas para el amamantamiento.
- Características del sueño del niño o la niña.
- Frecuencia y apariencia de orina y deposiciones.
- Si notan que un ojito del niño o la niña se desvía en forma permanente u ocasional, especialmente cuando está cansado.
- Si desde el último control el niño o niña ha estado enfermo.
- Si la madre, padre y/o cuidadores principales tienen dudas respecto a la audición y visión del niño o la niña.
- Qué medidas de seguridad tienen con el niño o la niña en casa y al salir en transporte público o en auto.
- Si le aplican bloqueador solar a diario.
- Por presencia de riesgo de hipoacusia en la familia o factores de riesgo por la historia clínica del niño o la niña (Ver sección "*Evaluación Auditiva*", Capítulo 2).
- Por antecedentes familiares o personales que predispongan alguna patología oftalmológica (Ver sección "*Evaluación Oftalmológica*", Capítulo 2).

Examen físico y evaluación integral	
Evaluación de la relación madre, padre e hijo o hija	- Evaluar si la madre, padre y/o cuidador se dirigen con cariño al lactante, esto es posible de observar en la forma en que lo toman, desvisten y le hablan. - Evaluar si los padres responden adecuadamente al llanto del niño o la niña y logran calmarle y consolarle. - Evaluar si el niño o la niña mira o vuelve la cabeza hacia la madre, padre y/o cuidador principal. Si se consuela en sus brazos, especialmente en los momentos de mayor estrés de la consulta (luego de pesarlo y medirlo). - Evaluar si la madre se demuestra posicionada en su rol materno. - Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre.
Piel	- Si hubiera hemangiomas, angiomas línea media, periorificiales o nevos, describir apariencia, tamaño y ubicación en la ficha clínica. - Si hubiera manchas de color café con leche o hipocrómicas, describir apariencia, número, tamaño y ubicación en ficha clínica. - Descartar dermatitis de contacto, atópica, micótica o del pañal.
Ganglios	- Presencia de adenopatías, caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). o Ante el hallazgo de adenopatías: búsque otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equímosis) y hepato o esplenomegalia.
Cardio pulmonar	- Evaluar pulsos periféricos. Si el control es realizado por un médico o profesional entrenado: - Auscultación cardíaca. - Auscultación pulmonar.
Abdomen	- Ausencia de visceromegalia o hernias (especialmente inguinales). - Descartar masas palpables.
Genitoanal	*Niñas*: descartar sinequias vulvares. *Niños*: presencia de ambos testículos palpables en el escroto (descartar criptorquidia) y evaluar hidrocele fisiológico.

Neurológico	*Tono y movilidad* - Descartar hipotonía o hipertonía marcada. - Ausencia de clonus y/o hiperreflexia. - Simetrías en la movilización de extremidades y en los reflejos. *Evaluar reflejos* - Cócleo palpebral. - Aquiliano simétricos. - Ausencia de reflejos arcaicos (moro puede persistir en forma normal hasta los 6 meses).
Oftalmológico	- Descartar epífora o secreción ocular - Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. - Test de Hirschberg, en caso de duda realizer Cover Test.
Auditivo	- Si el control es realizado por un médico o profesional entrenado, realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio - Preguntar respecto de la presencia de riesgo de hipoacusia en la familia. - Si el niño o niña está atento a los sonidos, gira la cabeza y orienta bien al sonido.
Antropometría	- Medición de longitud. - Medición de peso. - Medición de perímetro craneano, determinar la existencia de macrocefalia o microcefalia considerando la longitud (corregir por talla). - Palpar fontanela anterior presente. - Registrar los puntos de peso, talla y perímetro craneano en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar progresión de la curva
Bucodental	- Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, encías, lengua y piso de boca. - Evaluar erupción de dientes incisivos (en promedio erupcionan a los 7 meses) - Descartar placas blanquecinas (algorra).
Señales de maltrato o abuso sexual	Verificar si existen fracturas o antecedentes, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por la ropa).

Diagnósticos

a. Nutricional (eutrofia, riesgo de desnutrir, desnutrición sobrepeso u obesidad).
b. Desarrollo psicomotor, socioemocional y vincular (normal o anormal, en caso de ser anormal especificar. A los *8 meses* en caso de ser anormal, especificar con resultados del test).
c. Problemas de salud encontrados.
d. Problemas psicosociales a nivel familiar.

Banderas rojas

Señales de alerta	Acciones a seguir
Mal nutrición por exceso	- Derivar a Nutricionista para atención en un plazo no mayor a 1 mes. - Consejería en estilos de vida saludable.
Riesgo de desnutrir	- Descartar la posibilidad de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento con peso en -1DS en forma sistemática luego de los 6 meses de vida y antecedentes familiares de delgadez constitucional. - Derivar a Nutricionista para atención en un plazo no mayor a 15 días, quien ingresará a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. - Derivar a Médico en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación.
Desnutrición	- Recolectar la siguiente información para anexar a la derivación: - Evaluar contexto psicosocial familiar y del entorno para la elaboración de plan de trabajo consensuado con la familia y, cuando sea necesario, una reunión del equipo de cabecera, derivación a asistente social y/o - vinculación con la red Chile Crece Contigo. - Analizar la historia médica del niño o niña y de la gestación, en búsqueda

	de posibles causas orgánicas de desnutrición. - Derivar a Nutricionista para atención en un plazo no mayor a 48 horas, quien ingresará a PNAC de refuerzo y elaborará plan de intervención. - Derivar a Médico en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
Talla baja (≤ 2 DS)	- Corregir por edad gestacional al momento del nacimiento - Derivar a Médico para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía; obesidad; retardo mental; crecimiento menor a 75% de lo esperado para su edad, en más de dos controles sucesivos; presencia de alguna enfermedad crónica (cuadros diarreicos o cuadros bronquiales a repetición); talla < -3 DS (enanismo) o alteración de las proporciones corporales.
Talla alta (≥ 2 DS)	- Evaluar la carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a Médico para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación señales de desproporciones corporales.
Madre con síntomas depresivos según escala Edimburgo (6 meses)	- Evaluar puntaje anterior (control de los 2 meses) y si hubo confirmación diagnóstica en caso de Edimburgo alterada. En caso de depresión evaluar tratamiento, adherencia y efectividad percibida por la madre. - En caso de depresión diagnosticada y no tratada, derivar a Médico para tratamiento inmediato. - En caso de depresión diagnosticada, correctamente tratada y con mantención de sintomatología depresiva, derivar a equipo de cabecera para un nuevo plan de trabajo y a médico para evaluar la necesidad de derivación a nivel secundario. En caso de requerir un especialista, será dentro de 30 días desde la derivación (Ver Guía Clínica "*Depresión en personas de 15 años y más*"). *Una puntuación de 10 o más* - Derivación asistida (el profesional toma la hora directamente) a médico para confirmación o descarte de depresión y eventual ingreso a GES. - Fomentar tiempos de descanso, actividad física y ayuda en labores diarias para la madre. - Vincular a la madre con otras madres, por ejemplo en grupos de Liga de la Leche, talleres Nadie es Perfecto, entre otros. *Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10 (síntomas suicidas)* - Evaluación del riesgo vital (ideación, planificación o ejecución). - Asegúrese que la mujer sea atendida en forma inmediata por Médico o en la Urgencia (acompañada por personal de salud), para eventual diagnóstico e ingreso a tratamiento según Guía Clínica "Depresión en personas de 15 años y más". - Contacte a las personas más cercanas para activar el apoyo y acompañamiento permanente. - Asegúrese que la mujer sea acompañada por una persona adulta que entienda la situación y la importancia de la derivación, del tratamiento y de brindar apoyo en el cuidado del hijo o hija.
Cuidadores principales con dificultades para dar cuidado del niño o niña	- Incentivar que el padre o acompañante significativo se involucre activamente en los cuidados de su hijo o hija, para fortalecer el vínculo entre ellos. - Llevar el caso a reunión de equipo de cabecera para plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral. - Activar la red comunal Chile Crece Contigo. - Derivar a Nadie es Perfecto. - Cuando la intensidad de los conflictos es mayor que lo habitual, derivar a un profesional o derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental. - Dar consejería para manejo de frustración o pataletas (8 meses) (Ver subsección "*Manejo de Frustración (pataletas)*" Capítulo 5).

Señales de maltrato y/o abuso sexual	- Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para diagnóstico clínico.
	- Determinar riesgo vital del niño o la niña.
	- Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito).
	  ○ En caso de maltrato sin abuso sexual: proseguir según Guía Clínica "Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores".
	  ○ En caso de maltrato con abuso sexual: proseguir según Guía Clínica "Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual".

Rezago según Test del DSM (8 meses)	- Consejería de estimulación que considere tanto los aspectos cognitivos, emocionales y vinculares. - Derivar a Sala de Estimulación en el CES o la comuna. - Intencionar asistencia a jardín infantil del niño o la niña, en caso de que no esté asistiendo. *Indicar reevaluación con test 2 meses después de la primera evaluación y seguir curso de acción según el resultado de esta:* Normal: citar a siguiente control según calendario. Rezago persistente: hacer un plan de trabajo con el equipo de cabecera. Riesgo en reevaluación: seguir acciones indicadas en bandera roja "riesgo según Test del DSM". Retraso en reevaluación: seguir acciones indicadas en bandera roja "retraso según Test del DSM".
Riesgo según Test del DSM (8 meses)	- Consejería de estimulación que considere tanto los aspectos cognitivos, emocionales y vinculares. - Derivar a Sala de Estimulación en el CES o la comuna. - Promover la asistencia al jardín infantil del niño o la niña, en caso de que no esté asistiendo. - Visita domiciliaria a familia con niño o niña con déficit en su DSM. *Indicar reevaluación con test 2 meses después de la primera evaluación y seguir curso de acción según el resultado de la esta:* Normal: citar al siguiente control según calendario. Rezago en reevaluación: hacer un plan de trabajo con el equipo de cabecera. Riesgo o retraso en reevaluación: derivar a Médico para evaluación y derivación a nivel secundario (neurólogo).
Retraso según Test del DSM (8 meses)	- Derivar a Médico para evaluación y/o derivación a nivel secundario (neurólogo). - Mientras se hace el diagnóstico, incorporar a una sala de estimulación, a menos que el especialista indique lo contrario. - Promover la asistencia a jardín infantil del niño o la niña, en caso de que no esté asistiendo. - Visita domiciliaria a familia con niño o niña con déficit en su DSM. *Indicar reevaluación con test 2 meses después de la primera evaluación y seguir curso de acción según el resultado de la reevaluación:* Rezago en reevaluación: hacer un plan de trabajo con equipo de cabecera. Riesgo o retraso en reevaluación: Contactar a equipo tratante del nivel secundario, corroborar las intervenciones realizadas y elaborar para plan de trabajo en conjunto con la atención primaria.
Presencia de síntomas de enfermedad	Ante tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad, derivación inmediata a Médico para diagnóstico e indicación de tratamiento.

Score de IRA en puntaje moderado o grave	*Moderado y grave* - Derivación a talleres IRA. - Consejería antitabaco si hay integrantes en la familia que fumen. - Intervenciones según otros factores de riesgo detectados, con especial énfasis en factores de riesgo modificables. *Grave* - Visita domiciliaria para evaluación específica de factores de riesgo respiratorios. - Seguimiento: Para evitar que estos niños o niñas se expongan a algún contagio, realizar el manejo domiciliario o seguimiento telefónico posterior al diagnóstico del episodio respiratorio agudo.
Riesgo de accidente según Pauta de seguridad infantil completada por los padres (8 meses)	- Consejería respecto a los factores de riesgo detectados. - Plan de trabajo consensuado con la familia, para reducir los riesgos presentes. - En caso de múltiples riesgos y dificultad para elaborar un plan de acción adecuado, agendar una visita domiciliaria íntegra (Ver sección "Prevención de accidentes y seguridad", Capítulo IV).
Rojo pupilar alterado o Leucocoria	- Derivar a interconsulta urgente a Oftalmólogo para diagnóstico y eventual tratamiento. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Cáncer en personas menores de 15 años).
Estrabismo fijo (6 y 8 meses) o intermitente (8 meses)	- Derivar a interconsulta urgente a Oftalmólogo para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Estrabismo en menores de 9 años).
Sospecha de cardiopatía congénita	- Derivar a interconsulta a Cardiólogo o Pediatra con entrenamiento cardiológico para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 21 días, por sospecha de enfermedad AUGE (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
Hemangiomas	Derivar a Dermatólogo si el hemangioma es: - De gran tamaño (compromete más del 5% de la superficie corporal). - Crece a gran velocidad (duplica su tamaño en el transcurso de 1 mes). - Se encuentra en zonas periorificiales (genital, anal, ocular, ótica o nasal), en pliegues o zona del pañal. - Está complicado (ulcerados, con o sin sobreinfección, o sangrado a repetición). - Son múltiples hemangiomas (más de 5).
Sospecha de neurofibromato-sis tipo 1	Si, existen: 6 o más manchas color café con leche - Tener un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. - 2 o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o de cualquier tipo o un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). - Efélides (pecas) en región de axilar o inguinal. En estos casos derivar a Neurólogo infantil.
Presencia de algorra	- Derivar a Médico para tratamiento.
Dermatitis atópica o alérgica	- Indicar medidas generales, baños cortos con agua tibia (no muy caliente), hidratación diaria con crema hipoalergénica, ropa 100 % de algodón sin broches metálicos, lavado de ropa con detergente hipoalergénico y sin suavizante, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombra, etc.)
Sospecha de criptorquidia o hernia inguinal.	- Derivar a Médico para confirmar el diagnóstico. - En caso de que un médico confirme el diagnóstico, derivar en forma urgente al Cirujano infantil.

Sospecha clínica hipoacusia o factores de riesgo de hipoacusia (familiares o personales)	Si existe sospecha clínica hipoacusia o cumple con factores de riesgo (Ver sección *"Evaluación Auditiva"*, Capítulo 2): - Derivar en forma urgente a Otorrinolaringólogo para confirmación diagnóstica.
Presencia de factores de riesgo de patología oftalmológica (familiares o personales)	Si cumple con factores de riesgo (Ver sección *"Evaluación Oftalmológica"*, Capítulo 2): - Derivar a Oftalmólogo para evaluación.
Dificultad con comportamiento y normas de crianza	- Sugerir la asistencia a taller *Nadie es perfecto*, cuando estos problemas sean normativos. - Ante un problema más complejo elaborar un plan de trabajo específico para la familia.
Señales de maltrato y/o abuso sexual	- Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para un diagnóstico clínico - Determinar riesgo vital del niño o la niña. - Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito). o En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores". o En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual".
Otros problemas psicosociales	- Completar hoja de SIIS ChCC de niño o niña con riesgo. - Realizar un plan de trabajo familiar y considerar la necesidad de prestaciones diferenciadas (reunión con el equipo de cabecera, visita domiciliaria integral, etc).

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente a consulta, en los plazos y por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles. En los casos de problemas graves, asegurarse que las derivaciones sean efectivas.

Indicaciones

Reforzar hábitos de vida saludable

Alimentación

6 meses

- La lactancia materna sigue siendo la principal fuente de alimentación en este período, en caso de lactancia parcial o sin lactancia indicar fórmulas lácteas de acuerdo a sección de "Alimentación", Capítulo 5.
- Introducir alimentos sólidos no antes de los 6 meses, considerando la madurez de cada niño o niña: capacidad de sostener la cabeza y el tronco, presencia de dientes, capaz de llevar alimentos a su boca con las manos, abre la boca al ofrecer una cuchara, ausencia de reflejo de extrusión.
- Inicialmente la consistencia de los alimentos debe ser papilla o puré, sin pedazos de sólidos. Los alimentos que puede consumir a esta edad son verduras (cualquiera), frutas (cualquiera), carne roja magra (Ej. posta), pavo o pollo, se pueden agregar cereales (sémola, arroz o fideos24) en forma ocasional cuidando que el estado nutricional del niño permanezca eutrófico 25.

8 meses

- Incorporar cena, un horario cercano a las 18-19 horas.
- Incorporar legumbres (7 a 8 meses) y pescado (6 a 7 meses) en alimentación.
- Mantener la leche materna (primera opción) o Leche Purita Fortificada al 7,5% en tres tomas diarias, en caso de leche materna puede ser más frecuente (a demanda).
- Desde los 10 meses aproximadamente se puede comenzar a dar comida molida con tenedor, dependiendo del desarrollo psicomotor del niño o la niña y la presencia de primeros dientes (incisivos).
- En paralelo se le puede ofrecer alimentos blandos (trozos de frutas, verduras blandas o cocidas) para que pueda comer con sus manos.

Prevención de accidentes

6 meses

- Enfatizar en la utilización de silla de auto en segunda fila mirando hacia atrás, no exponer al sol, medidas para disminuir riesgo de muerte súbita durante el sueño. Educar sobre la importancia de no dejar solo o sola durante el baño en ningún momento, por riesgo de inmersión, prevención de asfixia con objetos pequeños e intoxicación, no usar andador ya que aumenta la probabilidad de accidentes y retrasa el desarrollo motor grueso, no dejar solo o sola en superficies altas, como cama o mudador (Ver sección de "Prevención de accidentes y seguridad", Capítulo 5).

8 meses

- Acordar acciones concretas según la realidad del hogar de cada familia para aumentar la seguridad del hogar.
- Dejar por escrito el no uso del andador en el Cuaderno de Salud de Niños y Niñas.
- Revisar en conjunto pauta de prevención de accidentes y plan de trabajo
- Cuando los riesgos sean muchos o la familia no tenga claridad de como disminuirlos, se debe programar visita domiciliaria integral para realizar un plan de trabajo en conjunto.

Sueño

- Tranquilizar a los padres pues es muy frecuente que a esta edad no duerman toda la noche y se despierten varias veces durante ésta. Establecer rutinas predecibles antes de dormir, disminuir los estímulos ambientales y acompañar hasta que concilie el sueño26.

---

24 No está claro si la introducción de glúten en el período de 4 a 6 meses previene o retarda la aparición de la enfermedad celiaca en la población en general susceptible o en lactantes con antecedentes familiares directos (de mayor riesgo). Para mayor detalle ver Artículo "Alimentación normal del niño menor de 2 años. Recomendaciones de la Rama de Nutrición de la sociedad Chile de Pediatría 2013"

25 Se recomienda revisar "Guía alimentaria para población chilena" (MINSAL, 2013) & "Informa Final: estudio para revisión y actualización de las guías alimentarias para la población chilena" (MINSAL, INTA y Universidad de Chile, 2013).

26 Ver Video: "Características sueño infantil" (2013) [Película]. Chile Crece Contigo (Dirección).

Prevención de enfermedades

- No estar en contacto con personas enfermas, no exponer al humo de cigarro o a sistemas de calefacción que contaminen el aire (idealmente usar estufas eléctricas o si no es posible, utilizar más abrigo). No sobreabrigar en época de calor (usar una capa de ropa más que los padres).

Salud bucal oral

- Reforzar el concepto que los dientes de leche son tan importantes como los definitivos.
- El adulto debe lavar los dientes con cepillo pequeño de cerdas suaves (sin pasta) desde la erupción del primer diente.
- El cepillo de dientes es personal y no se debe prestar.
- Para el alivio de las molestias de la dentición usar mordedores con gel frío.

Baño diario o día por medio

- Usar poco jabón (opcional) y champú día por medio, aunque se bañe todos los días

Desaconsejar el uso de televisión y computador hasta los dos años.

Cuidado de la piel

- Indicar la no exposición directa al sol y uso de bloqueador solar diario (todo el año, independiente del clima) en todas las áreas fotoexpuestas, hipoalergénico y factor solar sobre 25 SPF.

Signos ante los cuales debe consultar con médico o acudir a la urgencia: ante la presencia de fiebre (educar en toma de temperatura con termómetro, tres minutos en zona axilar o un minuto rectal, siendo normal hasta 37,5 °C axilar y hasta 38 °C rectal), decaimiento importante o irritabilidad, rash cutáneo, tos, dificultad respiratoria, rechazo alimentario, diarrea y/o vómitos.

Si ambos padres trabajan, indicar opciones de cuidado para su hijo o hija mientras asisten al trabajo, orientar sobre salas cunas del sector y procedimiento para ingreso. En caso de considerarse necesario, citar a clínica de lactancia (primera opción) o consulta de lactancia para apoyar a la madre que trabaja y educar en técnicas de extracción y conservación de leche materna.

Fomento de desarrollo integral

Emocional

- Recomendarles hacer conexiones emocionales con su hijo o hija, a través de gestos, contacto físico y visual.
- Indicar hacer de las rutinas diarias una instancia de intercambio afectivo.
- Recomendar a la madre o el padre preguntar al niño o la niña sobre lo que necesita y lo que le pasa.
- Indicar al padre o la madre que otorguen seguridad al niño o la niña en contacto visual, físico y verbal ante la presencia de extraños o situaciones nuevas.
- Recordar a la madre o padre que el llanto es una parte importante del desarrollo socioemocional.
- Cuando el llanto persista a pesar de atender adecuadamente, fomentar el consuelo efectivo, interacción cara a cara con el bebé", hablarle suavemente, mecerle, etc. (Ver subsección "Manejo del llanto y consuelo efectivo", Capítulo 5).

Motor Grueso

6 meses

- Permitirle al niño o niña estar en prono (de güatita) sobre una superficie firme, como la goma Eva, dejando juguetes a su alcance para que pueda tomarlos y explorarlos. Permitirle girar y en forma progresiva comenzar a sentarse.
- Sentarle a ratos sobre el suelo, colocando cojines en su espalda y separando sus piernas para mayor estabilidad.
- Mientras juega al caballito o lo mece, suavemente inclinarlo o alterar su equilibrio, para que corrija su postura corporal.

8 meses

- Darle la libertad para que se desplace y explore de manera segura (ejemplo: sobre goma Eva).
- Estando sentado o sentada, tomarlo de los brazos para que intente pararse.
- Pararlo o pararla detrás de una mesa o silla baja, con objetos en su superficie, para que se mantenga de pie con apoyo.

Motor Fino

- Cuando el niño o la niña tenga un juguete en cada mano, ofrecerle un tercer juguete; aprenderá a intercambiar uno por otro.
- Durante la comida, colocando pequeños trozos de comida en la mesa (ejemplo: migas).
- Ofrecerle una cuchara con comidas blandas como puré para que comience a alimentarse solo o sola.

Lenguaje

8 y 6 meses

- Sentarle o en una silla alta con medidas de seguridad, para que explore visualmente el ambiente e interactúe con otros miembros de la familia
- Aprovechar las actividades rutinarias para leer, cantar, tocar música e imitar vocalizaciones.
- Mostrarle libros con figuras de animales nombrándolos, mostrarle fotos de familiares cercanos llamándolos por su nombre.

8 meses

- Enseñarle a decir “adiós” al despedirse.
- Se pueden enseñar señas para las palabras de uso común para facilitar la comunicación con el niño o la niña y fomentar el lenguaje. Esta práctica no desincentiva el lenguaje, sino todo lo contrario, pues fomenta el desarrollo del lenguaje pre-verbal. El niño comenzará a realizar señas a partir del mes 10, aproximadamente.

Concepto de permanencia

8 y 6 meses

- Con el niño o la niña sentada frente a una mesa, colocar un juguete sobre esta y luego hacer que se caiga, así aprenderá a anticipar la caída y a buscar el objeto perdido.

8 meses

- Jugar a “¿Dónde está? ¡Ahí está!” Taparse parte de la cara, esconderse detrás de un mueble, esconder un objeto bajo una frazada o colocar un objeto bajo una taza invertida, para que el niño o la niña lo encuentre.

Juego interactivo

- Experimentar con distintas texturas y temperaturas (hielo, agua tibia, goma, plástico, algodón).
- Utilizar Guía Acompañándote a descubrir I, para jugar.

Suplementos

- Mantener hierro (sulfato ferroso) 1mg/kilo/día.
- Mantener vitamina D 400 UI (número de gotas según marca comercial).

Inmunizaciones

- 6 y 8 meses: Derivar a campañas de vacunación en caso que corresponda (Influenza)
- 6 meses: Indicar vacunas del PNI y derivar al vacunatorio para que se le administren las vacunas del PNI según calendario vigente y explicar los beneficios y efectos secundarios de estas. Indicar uso de paracetamol post vacuna solo ante la presencia de fiebre y/o dolor significativos (15 mg/ kilo/dosis) y no de manera profiláctica (Ver sección “Inmunizaciones en la Infancia”, Capítulo 5).

Indicar el uso de los siguientes servicios de orientación:

- *FONOINFANCIA 800 200 818* en caso de dudas de crianza y desarrollo de niños y niñas (servicio gratuito).
- *SALUD RESPONDE* 600 360 7777 en caso de dudas o necesidad de orientación (incluyendo urgencia) en relación a la salud del niño o la niña.
- *Página www.crececontigo.gob.cl* para resolver dudas de estimulación, crianza y realizar "consultas a expertos" en diversas áreas.
- *CITUC 2635 38 00* en caso de intoxicación.

Invitar a participar en los talleres para el fomento de competencias parentales Nadie es Perfecto, vincular a grupos comunitarios de la Liga de la Leche u otras iniciativas de promoción del desarrollo infantil y la crianza.

Citar al próximo control, según calendario.

LACTANTE MAYOR
(ENTRE LOS 12 Y 23 MESES)



En esta etapa se logra en forma progresiva la independencia, el lactante comienza la transición desde ser un bebé a ser un niño o una niña, esto se expresa con la consolidación de la marcha, las primeras palabras y la expresión de sus necesidades. Niños y niñas, en esta edad, suelen buscar a sus cuidadores principales cuando quieren mostrar algo y disfrutan compartiendo sus logros o descubrimientos.

También es en este período en que se consolidan las bases del vínculo entre el niño o la niña y el cuidador principal. Comprende en forma progresiva que el cuidador puede irse pero que después volverá. Esto permite también mayor independencia de él o ella.

En esta etapa muchas veces aparece la frustración en los lactantes, pues existen nuevos intereses y desafíos que no siempre pueden lograr. Esto puede generar dudas en los padres, que lo notarán más desafiante y firme en sus deseos, no obstante, es una parte normal del desarrollo.

Se recomienda que los padres o cuidadores intenten que el niño o la niña no se enfrente a situaciones que le generen mucha frustración y, cuando sea necesario, ayudarlo o ayudarla lo más posible, siempre con paciencia, amor y claridad. El niño o la niña debe sentir que siempre sus cuidadores principales son una «base segura».

Áreas	12 a 14 meses	15 a 17 meses	18 a 23 meses
Motor grueso	- Se sostiene de pie sin apoyo. - Camina solo o sola pero inestable.	- Camina más estable, se agacha y endereza. - Da pasos hacia atrás. - Comienza a correr descoordinadamente.	- Lanza la pelota estando de pie. - Sube escalones afirmado de la mano de un adulto. - Corre bien.
Motor fino	- Pone objetos dentro de una taza. - Da vuelta varias hojas juntas de un libro. - Pinza madura.	- Levanta una torre de 2 a 3 cubos. - Bebe de un vaso. - Hace rayas con un lápiz.	- Da vuelta una hoja a la vez de un libro. - Levanta una torre 3 a 5 cubos.
Comunicación	- Obedece órdenes con gestos (por ejemplo: «pásame esa pelota», señalando la pelota con el dedo). - Identifica personas. - Imita y emite gestos frecuentemente.	- Obedece órdenes simples sin gestos. - Reconoce una parte del cuerpo.	- Reconoce 4 partes del cuerpo. - Entiende el concepto «mío». - Disfruta, escuchar cuentos y poesías cortas y sencillas. - Observa y manipula libros con imágenes.
Cognitivo	- Dice una a dos palabras con sentido (distintas a mamá y papá). - Jerigonza. - Muestra y pide cosas apuntando con su dedo índice. - Empieza a imitar la utilización de objetos correctamente (bebiendo de un vaso, secándose el pelo con secador, hablando por teléfono, barrer con la escoba). - Su lenguaje comprensivo está más avanzado que su lenguaje expresivo verbal.	- Dice de 3 a 5 palabras con sentido. - Trae objetos para mostrarlos.	- Dice de 10 a 15 palabras con sentido. - Imita sonidos del ambiente.
Socio-emocional	- Persiste la ansiedad de separación. - Disfruta más jugar solo o sola que con otros niños y niñas.	- Demuestra emociones: da besos, siente vergüenza.	- Participa en juego de imitación con otros. - Besa con ruido.

Durante este período se deben realizar dos controles de salud infantil (CSI):



		Ideal	Tardío
Período	12 meses	11 meses 21 días - 12 meses 29 días	13 meses - 17 meses 20 días
	18 meses	17 meses 21 días - 18 meses 29 días	19 meses - 23 meses 20 días
Objetivos	• Orientar a padres y cuidadores sobre las dudas que presenten del desarrollo integral y crianza de niños y niñas. • Realizar una evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño o la niña. • Promover la lactancia materna complementaria. • Evaluar la calidad de la relación entre la madre o cuidador principal, e hijo o hija. • Evaluar hábitos de salud bucal, alimenticios y actividad física. • Prevenir enfermedades y accidentes. • Detectar tempranamente factores de riesgo o problemas de salud.		
Profesional	Enfermero/a o Médico		
Instrumento o herramienta a aplicar	12 meses	- Escala de evaluación vincular. - Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso - Pauta breve de evaluación del DSM. - Score de riesgo de morir por neumonía.	
	18 meses	- Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor. - Pautas de evaluación bucodentaria infantil.	

Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material o cuestionario a entregar	Formulario SRDM
12 meses: 2 por hora. 18 meses: 45 a 60 min.	Universal	Individual	*12 y 18 meses* Cartillas o dípticos según edad y pertinencia. *12 meses* Entregar Acompañándote a descubrir II (Pack 1 y 2) y enseñar a utilizarlo. *18 meses* Entregar Acompañándote a descubrir II (Pack 3 y 4) y enseñar a utilizarlo.	"Control de salud", ante riesgo biopsicosocial, variación o extinción de un riesgo detectado anteriormente.

Anamnesis

Antecedentes

- Revisar antecedentes médicos en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores.
- Revisar calendario de inmunizaciones.
- **18 meses:** revisar el resultado de la Escala de evaluación vincular aplicada a los 12 meses y en caso de alterada, verificar indicaciones y su cumplimiento.

Preguntas

- Consultar sobre dudas de la madre, padre y/o cuidadores principales.
- Cómo ha estado la familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control.
- Cuál es su dieta en un día habitual, indagando el tipo de leche, volumen (cuando no es materna), comidas, consistencia e incorporación en la mesa familiar.
    - Si toma lactancia materna (mejor alternativa láctea) u otra leche y cuál.
    - Cuántas «tomas» de leche consume al día y su volumen.

  - Si bebe agua potable de la llave (es la mejor alternativa) u otros líquidos.
  - El número de comidas, su composición y textura (molido, picado, entero).
  - Si consume alimentos que contienen azúcar o sal.
- Si usa mamaderas o chupetes.
- Si han logrado establecer horarios de sueño y alimentación.
- Por erupción de la dentición, higiene y cuidados de los dientes.
- Por sueño y rutinas del sueño.
- Por actividad física y tiempo diario destinado a acciones activas.
- Si la madre, padre y/o cuidadores principales tienen dudas respecto a la audición y visión del niño o la niña.
- Cuáles son las medidas de seguridad en su vida habitual (silla de autos, prevención de quemaduras, caídas, inmersión, tóxicos y acceso a piscinas).
- Si le aplican bloqueador solar a diario.
- Por los límites establecidos en relación a la seguridad del niño o la niña y evaluando que no sean excesivos o insuficientes y que haya consenso entre ambos padres en relación a los límites.
- Cómo es el manejo de la frustración (pataletas), frecuencia e intensidad.
- Si el niño o niña asiste a jardín o a la sala cuna. Si no asiste, quién se queda a su cuidado la mayor parte del tiempo.
- *18 meses:* Realizar preguntas de la pauta bucodentaria a los cuidadores principales.

Examen físico y evaluación integral	
Evaluación de relación madre, padre e hijo o hija	- Evaluar si la madre, padre y/o cuidadores principales se dirigen con cariño al lactante. Esto es posible de observar en la forma en que lo toma, desviste y le habla. - Evaluar si el niño o la niña busca a la madre en los momentos de estres y por otro lado es capaz de jugar/explorar en los momentos tranquilos de la consulta. A esta edad es normal que puedan llorar durante el examen físico (no durante toda la entrevista), pero normalmente esto cesa o disminuye significativamente cuando la madre lo toma y lo consuela. - Los padres están atentos a las señales de estres del lactante y responden adecuadamente, conteniendo el estres (no ignoran al niño o la niña). - Los padres permiten que el niño o la niña explore y juegue en los momentos en que no presenta estres. Son respetuosos con sus deseos durante la consulta, lo integran y consideran sus sentimientos. - Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre.
Piel	- Si hubiera hemangiomas, angiomas línea media, periorificiales o nevos, describir apariencia, tamaño y ubicación en ficha clínica. - Si hubiera manchas color café con leche o hipocrómicas, describir apariencia, número, tamaño y ubicación en ficha clínica. - Descartar dermatitis de contacto, atópica, micótica o del pañal.
Ganglios	- Presencia de adenopatías, caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). - Ante hallazgo de adenopatías: búsqueda de otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equímosis) y hepato o esplenomegalia.
Cardio pulmonar	Si el control es realizado por un médico o profesional entrenado. - Auscultación cardíaca. - Auscultación pulmonar.
Abdomen	- Ausencia de visceromegalia o hernias (especialmente inguinales) - Evaluar distención abdominal. - Descartar masas palpables.
Genitoanal	*Mujeres*: descartar sinequias vulvares. *Hombres*: presencia de ambos testículos palpables en el escroto (descartar criptorquidia) y descartar hidrocele.

Neurológico	*Tono y movilidad* - Descartar hipotonía o hipertonía marcada. - Ausencia de clonus y/o hiperreflexia. - Simetrías en la movilización de extremidades y en los reflejos. *Evaluar reflejos* - Cócleo palpebral. - Aquiliano simétricos. - Ausencia de reflejos arcaicos.
Ortopedia	- Evaluar marcha sin claudicación. - Evaluar genu varo fisiológico, sin asimetrías.
Oftalmológico	- Descartar epífora o secreción ocular - Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. - Test de Hirschberg, en caso de duda realizer Cover Test.
Auditivo	- Si el control es realizado por un Médico o profesional entrenado, realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio - Preguntar respecto de la presencia de riesgo de hipoacusia en la familia. - Si el niño o niña está atento a los sonidos, gira la cabeza y orienta bien al sonido.
Antropometría	- Medición de longitud. - Medición de peso - Medición de perímetro craneano, determinar la existencia de macrocefalia o microcefalia considerando la longitud (corregir por talla). - Registrar los puntos de peso, talla y perímetro craneano en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar la progresión de la curva.
Bucodental	- Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, dientes, encías, lengua y piso de boca. - Evaluar erupción de dientes incisivos, caninos, primer molar (superior e inferior).
Señales de maltrato	- Verificar si existen fracturas o antecedentes, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa).

Diagnósticos

a. Nutricional (eutrofia, sobrepeso, obesidad, riesgo de desnutrir, desnutrición).
b. Desarrollo psicomotor (normal o anormal con resultados).
c. Desarrollo socioemocional (estipular problemas detectados).
d. Problemas de salud detectados.
e. Problemas psicosociales detectados a nivel familiar.

Banderas rojas

Señal de alerta	Acciones a seguir
Estilos de vida no saludables (alimentarios o actividad física)	- Realizar consejería familiar, evaluando etapas del cambio[27]. - Entregar herramientas prácticas y guías sobre alimentación y actividad física para cada edad
Niño o niña eutrófico con dos o más factores de riesgo por malnutrición por exceso (12 meses)	- Derivar a taller grupal donde se eduque respecto de hábitos saludables de alimentación y actividad física (1 sesión). - Elaborar un plan trabajo consensuado y adecuado a la familia para prevenir malnutrición por exceso.
Mal nutrición por exceso	- Derivar a Nutricionista para la atención en un plazo no mayor a 1 mes. - Consejería en estilos de vida saludable.

27 Ver página 18-20 "Etapas del Cambio (ECC) o Modelo Transteórico de Cambio (MTTC)" y Capítulo 6 "Fases de la Consejería" de la Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes (MINSAL, 2011).

Riesgo de desnutrir	- Descartar la posibilidad de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (Normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento con peso en -1DS en forma sistemática luego de los 6 meses de vida y antecedentes familiares de delgadez constitucional. - Derivar a Nutricionista para atención en un plazo no mayor a 15 días, quien ingresará a PNAC de refuerzo y elaborará plan de intervención. - Derivar a Médico en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación.
Desnutrición	- Recolectar la siguiente información para anexar a la derivación: - Evaluar contexto psicosocial familiar y del entorno para elaboración de plan de trabajo consensuado con la familia y cuando sea necesario, una reunión del equipo de cabecera, derivación a Asistente social y/o vinculación con la red comunal Chile Crece Contigo. - Analizar la historia médica del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. - Derivar a Nutricionista para atención en un plazo no mayor a 48 horas, quien ingresará a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. - Derivar a Médico en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando es necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
Talla baja (≤ 2 DS)	- Corregir por edad gestacional al momento del nacimiento - Derivar a médico para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía, obesidad, retardo mental, crecimiento menor a 75% de lo esperado para su edad en más de dos controles sucesivos, presencia de enfermedad crónica (cuadros diarreicos o cuadros bronquiales a repetición), talla < -3 DS (enanismo) o alteración de las proporciones corporales.
Talla alta (≥ 2 DS)	- Evaluar carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a Médico para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación la existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales.
Presencia de síntomas de enfermedad	Ante tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad, derivar inmediata a Médico para diagnóstico e indicación de tratamiento.
Factores de riesgo para anemia (12 meses)	Niños y niñas no suplementados con hierro (o suplementados intermitentemente) y con ingesta de fórmula fortificada <1lt/diario, prematuros y recién nacidos con bajo peso de nacimiento y cualquier enfermedad crónica con riesgo de desarrollar anemia. - Solicitar a los 12 meses hemograma o hematrocrito y hemoglobina - En caso de confirmar anemia, iniciar tratamiento con hierro.
Pauta Breve alterada (12 meses)	- Derivar a evaluación con Test del DSM dentro de los siguientes 15 días siguientes. - En caso de Test del DSM alterado seguir flujograma descrito para los 18 meses según resultado.
Rezago según Test del DSM (18 meses)	- Consejería de estimulación que considere tanto los aspectos cognitivos, emocionales y vinculares. - Derivar a Sala de Estimulación en el CES o la comuna. - Intencionar asistencia a jardín infantil del niño o la niña, en caso de que no esté asistiendo. *Indicar reevaluación con test 2 meses después de la primera evaluación y seguir curso de acción según el resultado de la reevaluación:* Normal: citar a siguiente control según calendario. Rezago persistente: hacer plan de trabajo con equipo de cabecera. Riesgo en reevaluación: seguir acciones indicadas en bandera roja “riesgo según Test del DSM”. Retraso en reevaluación: seguir acciones indicadas en bandera roja “retraso según Test del DSM”.

Riesgo según Test del DSM (18 meses)	- Consejería de estimulación que considere tanto los aspectos cognitivos, emocionales y vinculares. - Derivar a Sala de Estimulación en el CES o la comuna. - Intencionar asistencia a jardín infantil del niño o la niña, en caso de que no esté asistiendo. - Visita domiciliaria a familia con niño o niña con déficit en su DSM. *Indicar reevaluación con test 3 meses después de la primera evaluación y seguir curso de acción según el resultado de la reevaluación:* Normal: citar a siguiente control según calendario. Rezago en reevaluación: hacer plan de trabajo con equipo de cabecera. Riesgo o retraso en reevaluación: derivar a médico para evaluación y derivación a nivel secundario (neurólogo).
Retraso según Test del DSM (18 meses)	- Derivar a médico para evaluación y/o derivación a nivel secundario (neurólogo). - Mientras se hace el diagnóstico, incorporar a sala de estimulación, a menos que el especialista indique lo contrario. - Intencionar asistencia a jardín infantil del niño o la niña, en caso de que no esté asistiendo. - Visita domiciliaria a familia con niño o niña con déficit en su DSM. *Indicar reevaluación con test 4 meses después de la primera evaluación y seguir curso de acción según el resultado de la reevaluación:* Rezago en reevaluación: hacer plan de trabajo con equipo de cabecera. Riesgo o retraso en reevaluación: Contactar a equipo tratante del nivel secundario, corroborar las intervenciones realizadas y elaborar para plan de trabajo en conjunto con la atención primaria.
Resultado de retraso en la área de lenguaje y desarrollo social del Test de DSM	- Evaluar al niño o la niña según Pauta de cotejo de señales de alerta de TEA (Trastornos del Espectro Autista), en caso de positiva aplicar M-CHAT. - Derivar a médico con resultados de Pauta de cotejo de señales de alerta de TEA y M-CHAT, según corresponda, para descartar patología orgánica (hipoacusia, TEA u otras) y evaluar necesidad de derivación a nivel secundario.
Niño o Niña que no camina a los 18 meses	- Derivar a neurólogo infantil.
Cuidadores principales con dificultades para dar cuidado del niño o niña	- Incentivar que el padre o acompañante significativo se involucre activamente en los cuidados de su hijo o hija, para fortalecer el vínculo entre ellos. - Llevar el caso a reunión de equipo de cabecera para plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral. - Activar red comunal Chile Crece Contigo. - Derivar a Nadie es Perfecto. - Cuando la intensidad de los conflictos es mayor que lo habitual, derivar a un profesional o derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental. - Dar consejería para manejo de frustración o pataletas (Ver subsección "*Manejo de Frustración*", Capítulo 5).
Escala de detección de relación vincular alterada (12 meses)	- Consejería según patrón de apego (Ver subsección de "Apego y estilos", Capítulo 5). - Indagar sobre las expectativas que tiene los padres sobre la maternidad y paternidad. Si se evidencia conflicto con ser madre y/o padre, que puede o está perturbando el desarrollo integral del bebé, derivar a consulta de salud mental y/o a otras prestaciones afines que se estén brindando a nivel comunal. - Recomendar la utilización de Fonoinfancia en caso de dudas posteriores. - Incentivar la participación a talleres de masaje o de estimulación.

Señales de maltrato y/o abuso sexual	- Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para diagnóstico clínico.
	- Determinar riesgo vital del niño o la niña.
	- Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito).
	  o En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores".
	  o En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual".

Pauta de evaluación bucodentaria alterada	- Ante puntaje mayor a 3, consignar en ficha clínica el resultado y la necesidad de aplicación de evaluación bucodentaria en los siguientes controles hasta los 6 años. o Si en más de tres oportunidades el puntaje supera a 3 derivar a odontólogo e indicar medidas generales indicadas en la bandera roja de "Alteraciones examen bucal".
Traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas	- Derivar a urgencia GES de urgencia odontológica ambulatoria.
Otras alteraciones examen bucal	- Derivar Consulta de Salud Bucal 2 años, o en caso de detectar daño según criterios de derivación. - Revisar resultados de pauta de evaluación bucodentaria y generar plan de acción según riesgos detectados. - Reforzar hábitos de cepillado de dientes al menos dos veces al día, luego de comidas principales. - Si existe uso de mamadera nocturna, chupete y/o consumo de dulces, indicar retiro. - Verificar si consume medicamentos que contengan azúcar e indicar cepillado de dientes posterior a su ingesta. - Dar consejos según "Pautas de evaluación bucodentaria para niños y niñas de 0 a 6 años" (Ver anexo 6).
Ronquidos con pausas (apneas) respiratorias	- Si duran más de 15 segundos, derivar a otorrinolaringólogo para evaluación
Rojo pupilar alterado o Leucocoria	- Derivar a interconsulta urgente a Oftalmólogo para diagnóstico y eventual tratamiento. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Cáncer en personas menores de 15 años).
Estrabismo	- Derivar a interconsulta a Oftalmólogo para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Estrabismo en menores de 9 años).
Dermatitis atópica o alérgica	- Indicar medidas generales, baños cortos con agua tibia (no muy caliente), hidratación diaria con crema hipoalergénica, ropa 100% de algodón sin broches metálicos, lavado de ropa con detergente hipoalergénico y sin suavizante, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombra, etc.)

Sospecha de neurofibromatosis tipo 1	Si, existen 6 o más manchas café con leche - Tener un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. - 2 o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o de cualquier tipo o un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de "saco de gusanos"). - Efélides (pecas) en región de axilar o inguinal. En estos casos derivar a Neurólogo infantil
Sospecha de criptorquidia, hernia inguinal, hipospadia o epispadia (12 meses)	- En caso de que el control lo realice Enfermero/a, derivar a Médico para confirmar diagnóstico. - En caso de que un médico confirme diagnóstico, derivar en forma urgente a cirujano infantil.
Fimosis	- Desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes - En caso que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, debe ser derivado a Cirujano o Urólogo infantil, de lo contrario se considera fisiológica.
Sospecha de cardiopatía congénita	- Derivar a interconsulta a cardiólogo o pediatra con entrenamiento cardiológico para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 21 días, por sospecha de enfermedad AUGE (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
Otros problemas psicosociales	- Completar hoja de SIIS ChCC de niño o niña con riesgo. - Realizar un plan de trabajo familiar y considerar la necesidad de prestaciones diferenciadas (reunión con equipo de cabecera, visita domiciliaria integral, etc)
Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente a consulta, en los plazos y por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles. En los casos de problemas graves, asegurarse que las derivaciones sean efectivas	

Indicaciones

Reforzar hábitos de vida saludable

Alimentación

- Leche materna o fórmula entre 500 ml a 750 ml diarios en taza.
- Dos comidas diarias, comida de la casa en forma progresiva, más postre de fruta, los postres azucarados deben ser usados excepcionalmente y no remplazan la fruta.
- La leche materna debe ser ofrecida de manera que no interfiera con la alimentación sólida.
- Se aconseja ofrecer comidas variadas y saludables, incoporando ensaladas. También a esta edad se debe incentivar que coma solo o sola aunque utilice sus manos, derrame o se ensucie.
- Comer sin sal ni azúcar, desincentivar el consumo de golosinas, comida chatarra, bebidas y jugos azucarados.
- No requieren colación, evitar las comidas a deshora pues aumentan el riesgo de caries.
- Actividad física
- Realizar masajes corporales, adecuar espacios para que el niño o niña se mueva libremente, paseos al aire libre diariamente, escuchar música, representar cuentos.

Salud bucal

- Cepillado de dientes: Utilizar cepillo pequeño de cerdas suaves dos veces al día guiado por un adulto, no utilizar pasta dental. Cuando la motricidad del niño lo permita incentivarle a que tome el cepillo y lo lleve a su boca.
- Explicar que el cepillado de dientes es una expresión de cuidado y cariño y es un momento que favorece el encuentro entre padres o cuidador principal con su hijo o hija.
- Indicar que a esta edad debieran dejar de utilizar chupete y mamadera, hacer un plan de retiro respetuoso y gradual en caso de utilizarlos.

Higiene y aseo

- Baño diario con uso ocasional jabón hipoalergénico, nunca dejar solo en la tina, ni por un segundo.
- Lavado de manos previo a comidas.
- Cuidado de la piel
- Uso de bloqueador solar diario (todo el año, independiente del clima) en todas las áreas fotoexpuestas, hipoalergénico y factor solar sobre 30 SPF. Aplicar al menos 20 minutos antes de la exposición y repetir cada dos horas.
- Evitar exposición al sol directo, sobre todo entre las 11 y 16 horas.

Desaconsejar el uso de la televisión y el computador hasta los dos años.

Fomentar y reforzar el mantenimiento de horarios de sueño y alimentación.

Indicar calzado adecuado para caminar (Ver subsección “Características de un zapato adecuado”)

Inmunización

- Indicar vacunas del PNI a los 12 y 18 meses y derivar al vacunatorio para que se le administren las vacunas del PNI según calendario vigente y explicar los beneficios y efectos secundarios de éstas. Indicar uso de paracetamol post vacuna sólo ante la presencia de fiebre y/o dolor significativos (15 mg/ kilo/dosis) y no de manera profiláctica (Ver sección “Inmunizaciones en la Infancia”, Capítulo 5).
- Derivar a campañas de vacunación en caso que corresponda (Influenza)

Prevención de accidentes

- Acordar acciones concretas según la realidad del hogar de cada familia para aumentar la seguridad.
- No dejarlo en lugares donde hay agua empozada sin supervisión por el riesgo de inmersión (incluye WC y lavadoras).
- Si hay piscinas en la casa, aunque idealmente no debieran existir, deben tener una reja cerrada o estar cubierta. Desaconsejar el ingreso a la cocina, evitar elementos pequeños que puedan ser aspirados. Usar silla de auto mirando hacia adelante.
- No dejar solo o sola en lugares donde pueda trepar o en cercanía de ventanas sin

protección (malla) y poner rejas en escaleras.

Fomento de desarrollo integral

Socioemocional Orientar y apoyar a la familia y en especial a la madre o al cuidador principal en la importancia del vínculo que se forma en los primeros años de vida.

- Ser afectuosos, reforzar sus logros, darle opciones, respetar sus momentos de juego.
- Fomentar o buscar situaciones para que interactúe con otros niños y niñas de su edad.
- Apoyar la iniciativa infantil poner atención y dar señales de interés en estas comunicaciones se asocia al desarrollo de un buen autoconcepto, mayor motivación de logro y mejor tolerancia a la frustración.
- Fomentar el establecimiento de reglas asertivo, indicando las siguientes acciones para lograr que el niño o la niña comprenda qué conductas no son apropiadas y deben inhibir:
  - Ponerse a la altura del niño o la niña, mirarlo a los ojos y decirle: “no hagas…..” con voz firme (lenguaje muy concreto y con mensajes cortos).
  - No usar frases incomprensibles para menores, como “córtala” o “¿por qué hiciste eso?”.
  - Reforzar y estimular las conductas deseadas y apropiadas con comentarios positivos, con sonrisas o con una conducta cariñosa o de satisfacción. También se deben repetir varias veces en forma consistente qué conductas se espera que el niño o la niña evite y no realice, para que puedan ser internalizadas.
  - Recomendar a los padres mantener reglas claras y ser constantes con ellas. Las normas deben ser comunicadas con mensajes precisos, directos y en forma oportuna.
  - Es fundamental que los padres enseñen a sus hijos e hijas a través del ejemplo, ya que observan e imitan las conductas de las personas adultas significativas.
  - Estar atentos y supervisar con la mayor dedicación posible la exploración y actividad del niño o la niña, sobre todo cuando logra una marcha más estable. Esto permitirá que los padres dirijan y organicen sus actividades, eviten que lleve a cabo conductas peligrosas, tenga mayor autonomía y maneje de a poco su impulsividad.
  - Recordar que el castigo físico (ejemplo: palmadas) tiene efectos emocionales negativos (frustración asociada a la interacción con los padres, temor confuso, desorientación) y no logra generar las conductas esperadas, sino solo frenar momentáneamente una conducta inadecuada. Por lo demás deteriora el vínculo afectivo con los padres y crea un modelo violento de cómo resolver problemas.
  - Evitar celebrar o dar señales positivas ante conductas desadaptativas o inadecuadas que no se desean en el niño o en la niña.
  - Evitar contradicciones entre las reglas, explicaciones e instrucciones entre padre y madre, o padres y abuelos u otros cuidadores.
  - No es recomendable dejar al niño solo o la niña sola cuando tiene una rabieta intensa o decirle que los padres se irán. Es más efectivo que los padres le pidan que diga lo que quiere, hablarle, sacarle del lugar en donde está, distraer activamente su atención, proponer otra actividad o ayudarle a calmarse.

Autoayuda

- Enseñarle a sonarse, a lavarse la cara y las manos, que se vista y desvista con prendas fáciles.
- Permitir que haga la mayor cantidad de tareas solo, aunque se demore.

Motor Grueso

- Enseñarle y ayudarle a subir y bajar las escaleras con apoyo.
- Enseñarle a saltar en dos pies. Realizar una pista de obstáculos: colocar cajas/ objetos en el piso y pedirle que salte o pase por sobre los objetos

Motor Fino

- Pasarle distintos envases con tapas y tamaños diversos: pedirle que los abra y cierre (para que sea más interesante, se puede colocar un premio adentro).
- Fabricar una pelota blanda con papel o calcetines y enseñarle a lanzarla hacia distintos objetos; para que aprenda el concepto de lejos y cerca.
- Fabricar un juego de palitroques con la misma pelota y botellas de plástico vacías.
- Enseñarle a cortar con las manos tiras largas o cuadrados de papel de diario.
- Enseñarle a ensartar el tenedor en comidas blandas (por ejemplo un plátano)

Lenguaje

- Al darle instrucciones usar frases claras y simples. Al leerle cuentos, describir los sentimientos de los personajes para que entienda concepto de emociones.
- Constantemente preguntarle: ¿Qué es esto? ¿Quién es él? Completar las frases incompletas del niño (por ejemplo si él dice “agua” completar con “mamá quiero agua”).
- Estimularlo a pedir las cosas con palabras y no con gestos.
- Al dormir leerle cuentos y cantarle canciones de cuna.

Cognitivo

- Concepto de números: contar diversos objetos cotidianos (escalones, zapatos, botones, cubos, etc.).
- Clasificación: Ofrecer distintos objetos para que el niño o la niña los separe por color, tamaño, etc. (por ejemplo, cajas de fósforos, tapas de botellas, pelotas). Tener distintas cajas para que el niño agrupe y guarde sus juguetes.
- Secuencias: Utilizar actividades familiares para enseñarle el concepto de secuencia (por ejemplo, comer cereal. Primero necesito un plato, luego el cereal va dentro del plato, luego va la leche y finalmente se come).
- Concepto de espacio: Introducir concepto de “arriba” y “abajo” (usando un juguete que le guste y mostrar su relación con la mesa).

Juego

- Incentivar juegos de imitación, que simule leer un libro, pasarle una escoba pequeña para que barra.
- Esconder utensilios para que el niño o la niña los encuentre y los guarde en un cajón.
- Sacar una figura de una revista y cortarla en dos, para que el niño o la niña la una como un puzle; progresivamente aumentar el número de piezas del puzle.
- Fomentar que el niño o la niña juegue con compañeros y compañeras de su edad. Son ideales juguetes como tablero para encajar, pelota y libros
- Si existen otros hermanos o hermanas, favorecer el juego entre ellos y no tomar parte.
- Dejar que el el niño o la niña dirija el juego y el cuidador lo siga.
- Aconsejar a los padres permitir y propiciar que su hijo o hija dirija sus juegos y tiempo de juego, de acuerdo a sus propios intereses, siempre resguardando su seguridad. Por ejemplo, permitir que elija los objetos que va a manipular y ayudarlo sólo cuando sea necesario.

Indicar el uso de los siguientes servicios de orientación:

- *FONOINFANCIA 800 200 818* en caso de dudas de crianza y desarrollo de niños y niñas (servicio gratuito).
- *SALUD RESPONDE* 600 360 7777 en caso de dudas o necesidad de orientación (incluyendo urgencia) en relación a la salud del niño o la niña.
- Página www.crececontigo.gob.cl para resolver dudas de estimulación, crianza y realizar “consulta a expertos” en diversas áreas.
- CITUC 2635 38 00 en caso de intoxicación.

Invitar a participar en los talleres para el fomento de competencias parentales Nadie es Perfecto u otras iniciativas de promoción del desarrollo infantil y lacrianza.

Derivar al Odontólogo para control a los 2 años.

Citar al próximo control, según calendario

PREESCOLAR
(2 A 4 AÑOS)

Este período se caracteriza por un gran desarrollo personal y social que permite un avance sustancial en cuanto a la independencia y autonomía. Hay una disminución del egocentrismo, mayor deseo de interactuar con otros niños y niñas, y recibir la influencia ya no solo de la familia, sino también del grupo de pares (por ejemplo, jardín infantil). Las habilidades del desarrollo psicomotor son mejores, lo que les permite valerse por sí mismos en forma progresiva [76].



Se observan nuevos logros como una mayor capacidad de pensamiento lógico, desarrollo de la memoria, mayor capacidad para organizar conductas complejas asociadas al desarrollo de las funciones ejecutivas y cognitivas superiores. En la etapa preescolar surge el interés por compartir con los pares y la exploración del mundo físico. Es la etapa en donde se comienza a desarrollar el sentido del logro, la iniciativa, así como la conciencia moral. Las crecientes capacidades lingüísticas le permiten al preescolar comunicar sus deseos y estados internos, a la vez que negociar sus planes e iniciativas con sus cuidadores.

Entre los dos y los tres años hay un importante oposicionismo, negativismo y aumento de la frustración (llamada «primera adolescencia» por algunos autores). El crecimiento físico es más lento, lo que se acompaña de una disminución del apetito. El cuerpo del preescolar se hace cada vez más esbelto, perdiendo el abdomen abultado del período anterior. La actividad física alcanza su máxima expresión y se reduce la necesidad de sueño, deja atrás la siesta. También se adquiere el control de esfínteres y la adquisición de hábitos como el sueño, alimentación e higiene [8].

Área	2 años	2 ½ años	3 años	4 años
Motor grueso	- Lanza la pelota. - Salta con dos pies. - Chutea la pelota.	- Salta en el lugar. - Se para en un pie con apoyo. - Salta sobre una línea. - Sube escaleras afirmado y alternando pies.	- Se para en un pie durante dos o tres segundos. - Sube escaleras alternando pies sin apoyo. - Salto vertical amplio. - Anda en triciclo. - Atrapa la pelota con los brazos tiesos.	- Salta en un pie dos o tres veces. - Se para en un pie durante cuatro a ocho segundos. - Salto largo (25 a 50 cm).
Motor fino	- Levanta una torre de seis cubos. - Copia una línea horizontal. - Come con cuchara y tenedor.	- Copia una línea vertical. - Levanta una torre de ocho cubos.	- Copia un círculo. - Corta con tijeras (mal). - Hila cuentas de collar (bien) o fideos (tubo) en un cordel.	- Dibuja la figura humana en tres partes. - Copia una cruz. - Copia un cuadrado. - Amarra con nudo simple. - Escribe parte de su nombre.

Cognitivo	- Sigue órdenes en dos tiempos. - Participa en juegos imaginarios usando acciones simples. - Clasifica activamente en dos categorías (por ejemplo, todos los autos y las muñecas). - Completa un rompecabezas sencillo.	- Entiende dos preposiciones: ponerlo arriba o debajo de. - Entiende verbos: jugar, soplar, lavar. - Se lava y seca sus manos. - Se lava los dientes con ayuda.	- Vacía líquido de un recipiente a otro - Pide que le lean cuentos - Identifica su sexo. - Nombra a un amigo. - Se viste con ayuda. - Control diurno de esfínteres.	- Cuenta cuentos - Pone palabras a los sentimientos - Sabe qué hacer en caso de frío, hambre o cansancio. - Apunta letras y números al nombrarlos. - Se viste solo (incluye botones). - Se pone los zapatos.
Comunicación	- Nombra y apunta a cinco partes del cuerpo. - Usa 50 palabras. - Frases de dos palabras. - Sabe su nombre.	- Lenguaje en un 50 % comprensible. - Frases de tres a cuatro palabras. - Entiende dos verbos. - Recita parte de un cuento o canta parte de una canción.	- Usa más de 200 palabras y pronombres. - Lenguaje en un 75% comprensible. - Logra una conversación usando dos a tres frases seguidas. - Nombra dos colores. - Usa la forma plural	- Usa 300 a 1.000 palabras. - Lenguaje 100 % comprensible. - Nombra cuatro colores. - Entiende preposiciones. - Define cinco palabras. - Recita una canción o poema de memoria. - Puede hablar en pasado y futuro.
Socioemocional	- Realiza un juego de roles pequeños con juguetes. - Copia las acciones de los adultos (por ejemplo, aplaudir). - Disfruta compartiendo sus logros o descubrimientos con sus cuidadores	- Comprende y siente miedo a los fenómenos naturales. - Ansiedad de separación en disminución.	- Comienza a compartir - Teme a cosas imaginarias. - Juego imaginativo. - Describe pensamientos ajenos (por ejemplo: ella pensó que tenía pena).	- Interesado en bromear a otros, preocupado de que le hagan bromas. - Tiene un mejor amigo. - Puede reconocer sus sentimientos y nombrarlos. - Juega con otros niños, sigue reglas. - Identifica características personales (físicas, gustos).

Durante este período se deben realizar 3 Controles de Salud Infantil (CSI), 1 Consulta Nutricional (CN) y 2 Controles de Salud Bucal (CSB):



		Ideal	Tardío
Período	2 años	23 meses 21 días - 24 meses 20 días	24 meses 21 días - 35 meses 20 días
	3 años	35 meses 21 días - 36 meses 20 días	36 meses 21 días - 47 meses 20 días
	4 años	47 meses 21 días - 48 meses 20 días	48 meses 21 días - 60 meses 29 días
Objetivos	• Orientar a padres y cuidadores respecto al desarrollo, salud y crianza de niños y niñas. • Realizar una evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño o la niña. • Evaluar hábitos de salud bucal, alimenticios y actividad física. • Prevenir enfermedades y accidentes. • Detectar tempranamente factores de riesgo o problemas de salud. • Dar orientación sobre el desarrollo emocional normal y entregar herramientas para el manejo respetuoso de la frustración y de las pataletas.		
Profesional	Enfermero/a o Médico.		
Instrumento o herramienta a aplicar	2 años	- Pauta Breve de evaluación del DSM. - Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso	
	3 años	- Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor.	
	4 años	- Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	

Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material o cuestionario a entregar	Formulario SRDM
2 y 4 años: 2 por hora 3 años: 45 a 60 min	Universal	Individual	Cartillas o dípticos según la edad y pertinencia. 2 años: Entregar Acompañándote a descubrir II (Pack 5) y enseñar a utilizar.	"Control de salud" ante riesgo biopsicosocial, variación o extinción de un riesgo detectado anteriormente.

Anamnesis

Antecedentes

- Revisar antecedentes médicos en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores.
- Revisar calendario de inmunizaciones.

Preguntas

Antes de realizar la anamnesis, ir a buscar al niño o la niña a la sala de espera, saludarlo por su nombre y ponerse a su nivel para interactuar con él o con ella antes de ingresar al box. Saludar a la familia e identificarse por el nombre y explicar brevemente qué se hará en la consulta de ese día.

- Preguntar al niño o niña si se siente bien y si tiene alguna duda (en lenguaje amigable, cercano y adecuado a su edad)
- Consultar por dudas de la madre, padre y/o cuidadores principales.
- Cómo ha estado la familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control.
- Qué les gusta más de su hijo o hija y si hay dudas o preocupaciones en relación con su desarrollo, independencia y comportamiento.
- Preguntar dirigidamente sobre la alimentación del niño o la niña:

	○ Número de comidas, horarios, su composición y variedad. ○ Cuánta leche toma al día y su volumen. ○ Si aún usa mamadera o chupetes. ○ Si toma agua pura o si toma bebidas o jugos con azúcar. ○ Si consume alimentos chatarra, golosinas o altos en grasas y sodio (sal). • Frecuencia del lavado de dientes, tipo del cepillo utilizado, si usa pasta dental y si el adulto apoya el cepillado. • Si realiza juegos o talleres de actividad física entre 30 a 60 minutos al día. • Presenta tos, dificultad para respirar y/o silbidos en el pecho (sibilancia) en los últimos 12 meses, durante o después la actividad física o en otra circunstancia. • Si el niño o la niña avisa cuando ha hecho orina o deposiciones (antes o después), o ha logrado el control de esfínteres diurno y/o nocturno[28]. • Cuáles son los horarios de sueño. • Si durante las horas del sueño presenta ronquido asociado a pausas respiratorias (de más de 15 segundos) o tos nocturna por períodos prolongados. • Cómo manejan los padres la frustración del niño o la niña (Ver subsección “Manejo de frustración (pataletas)”, Capítulo 5)[29]. • Cuál es la forma de poner límites y normas y en qué aspecto, si hay acuerdo entre los miembros de la familia y consistencia. • Cuáles son las medidas de seguridad en su vida habitual (por ejemplo: silla de auto, prevención de quemaduras, caídas, inmersión, tóxicos y acceso a piscinas). • Si le aplican bloqueador solar a diario, y cuál es el factor utilizado. • Si el niño o la niña asiste al jardín. Si no asiste, quién se queda a su cuidado la mayor parte del tiempo. En caso de que asista, si ha presentado problemas en el jardín infantil.
3 años	Si han considerado el colegio en el cual inscribirán a su hijo o hija (preescolar) y si han averiguado cuáles son los requisitos y mecanismos de postulación.
4 años	Si asiste a educación escolar (preescolar).

Examen físico y evaluación integral	
Evaluación de relación madre, padre e hijo o hija	- Evaluar si el niño o la niña se muestra independiente y dispuesto a explorar en los momentos en que no hay mucho estres en la consulta. - Evaluar si la madre, padre y/o cuidadores principales se dirige con cariño al niño o niña. Esto es posible de observar en la forma en que lo toma, desviste y le habla. - Evaluar si el niño o la niña se dirige a los padres y los busca en momentos de estres. - Evaluar si el niño o la niña habla con sus padres y si los padres explican y le anticipan lo que hará el profesional durante la consulta. - Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre.
Piel	- Si hubiera hemangiomas, angiomas línea media, periorificiales o nevos, describir apariencia, tamaño y ubicación en la ficha clínica. - Si hubiera manchas color café con leche o hipocrómicas, describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica. - Descartar dermatitis de contacto, atópica o micótica. - Ausencia de olor axilar. Cabeza: descartar zonas de alopecia y/o pediculosis

28 Se recomienda revisar “¿Sacar los pañales?” (Chile Crece Contigo, 2013).

29 Recomendar ver Video: “Manejo respetuoso de pataletas” (2013) [Película]. Chile Crece Contigo (Dirección

Ganglios	- Presencia de adenopatías, caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). ○ Ante hallazgo de adenopatías: búsqueda de otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equímosis) y hepato o esplenomegalia.
Cardio Pulmonar	- Descartar presencia de botón mamario. Si el control es realizado por un médico o profesional entrenado: - Auscultación cardíaca. - Auscultación pulmonar.
Abdomen	- Descartar masas abdominales y visceromegalias.
Genitoanal	- Ano, descartar irritación anal anormal, alteraciones del reflejo anal, presencia de lesiones, de huevos o parásitos visibles, deposiciones escurridas, fecaloma visible. - Niños, presencia de testículos en el escroto, ausencia de líquido libre en escroto, fimosis (fisiológica hasta los tres o cuatro años), descartar inflamación del glande o secreción de mal olor, descartar masas palpables inguinales o escrotales. - Niñas: descartar sinequias y secreción anormal.
Presión	3 y 4 años: toma de presión arterial (idealmente con al menos cinco minutos de reposo previo y con mango adecuado a la dimensión del brazo, cuyo ancho cubra 2/3 del mismo).
Neurológico	- Evaluar marcha (simetría caminando y corriendo). - Asimetrías en la movilización de extremidades o en los reflejos

Ortopedia	- Evaluar marcha:
	  ○ Simétrica y estable.
	  ○ Descartar claudicación, marcha en punta de pie (marcha equina) o en talones (posición talo).
	- Evaluar genu valgo fisiológico (simétrico).
	- Pie plano flexible fisiológico.
	- Descartar pie plano rígido o pie plano flexible doloroso.

Oftalmológico	- Evaluar rojo pupilar simétrico y presente. - Test de Hirschberg, en caso que exista duda de estrabismo realizar Test de Cover. - Observar si hay secreción ocular o epífora. - *4 años:* Evaluar agudeza visual con tablero Tumbling-E.
Auditivo	- Si el control es realizado por un médico o profesional entrenado, realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio. - Evaluar que el lenguaje expresivo y compresivo esté acorde a la edad del niño o la niña (utilizar los resultados de los test de desarrollo psicomotor o los hitos esperados al comienzo de este período).
Antropometría	- Medición de talla. - Medición de peso. - 2 y 3 años: Medición de perímetro craneano, determinar existencia de macrocefalia o microcefalia considerando la longitud (corregir por talla). - Registrar los puntos de peso, talla y perímetro craneano en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar progresión de la curva.

Bucodental	- Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, dientes, encías, lengua y piso de boca. - Evaluar dentición temporal completa.
Señales de maltrato o abuso sexual	- Lesiones en el niño o la niña más graves de lo esperado por la historia entregada por los padres. - Múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención médica. - Sospechar maltrato físico si existen fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios inhabituales. - Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica.

Diagnósticos

a. Nutricional (eutrofia, sobrepeso, obesidad, riesgo de desnutrir, desnutrición).
b. Desarrollo psicomotor (normal o anormal con resultados).
c. Desarrollo socioemocional (estipular problemas detectados).
d. Problemas de salud detectados.
e. Problemas psicosociales detectados a nivel familiar.

Banderas rojas

Señal de alerta	Acciones a seguir
Estilos de vida no saludables (alimentarios o actividad física)	- Realizar consejería familiar, evaluando etapas del cambio[30] - Entregar herramientas prácticas y guías sobre alimentación y actividad física para cada edad
Niño o niña eutrófico con dos o más factores de riesgo por malnutrición por exceso	- Derivar a un taller grupal donde se eduque respecto de hábitos saludables de alimentación y actividad física (1 sesión). - Elaborar un plan de trabajo consensuado y adecuado a la familia para prevenir malnutrición por exceso.
Mal nutrición por exceso	- Derivar a Nutricionista para atención en un plazo no mayor a 1 mes. - Consejería en estilos de vida saludable.
Riesgo de desnutrir	- Descartar la posibilidad de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (Normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento con peso en -1DS en forma sistemática luego de los 6 meses de vida y antecedentes familiares de delgadez constitucional. - Derivar a Nutricionista para atención en un plazo no mayor a 15 días, quien ingresará a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. - Derivar a Médico en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación.
Desnutrición	- Recolectar la siguiente información para anexar a la derivación: o Evaluar contexto psicosocial familiar y del entorno para la elaboración de un plan de trabajo consensuado con la familia y, cuando sea necesaria una reunión del equipo de cabecera, derivación a Asistente social y/o vinculación con la red Chile Crece Contigo. o Analizar la historia médica del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. - Derivar a Nutricionista para atención en un plazo no mayor a 48 horas, quien ingresará a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. - Derivar a Médico en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.

30 Ver página 18-20 “Etapas del Cambio (ECC) o Modelo Transteórico de Cambio (MTTC)” y Capítulo 6 Fases de la Consejería” de la Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes (2011)

Talla baja (≤ 2 DS)	- Derivar a médico para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía, obesidad, retardo mental, crecimiento menor a 75% de lo esperado para su edad en más de dos controles sucesivos, presencia de enfermedad crónica (cuadros diarreicos o cuadros bronquiales a repetición), talla < -3 DS (enanismo) o alteración de las proporciones corporales.
Talla alta (≥ 2 DS)	- Evaluar la carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a médico para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación la existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales.
Presencia de síntomas de enfermedad	Ante tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad, derivación inmediata a Médico para diagnóstico e indicación de tratamiento.
Pauta Breve alterada (2 años)	- Derivar a evaluación con Test del DSM dentro de los siguientes 15 días siguientes. - En caso de Test del DSM alterado, seguir flujograma descrito para los 3 años según el resultado.
Rezago según Test del DSM (3 años)	- Consejería de estimulación que considere tanto los aspectos cognitivos, emocionales y vinculares. - Derivar a Sala de Estimulación en el CES o la comuna. - Intencionar asistencia a jardín infantil del niño o la niña, en caso de que no esté asistiendo. *Indicar reevaluación con test 2 meses después de la primera evaluación y seguir curso de acción según el resultado de la reevaluación:* Normal: citar a siguiente control según calendario. Rezago persistente: hacer plan de trabajo con el equipo de cabecera. Riesgo en reevaluación: seguir acciones indicadas en bandera roja “riesgo según Test del DSM”. Retraso en reevaluación: seguir acciones indicadas en bandera roja “retraso según Test del DSM”.
Riesgo según Test del DSM (3 años)	- Consejería de estimulación que considere tanto los aspectos cognitivos, emocionales y vinculares. - Derivar a Sala de Estimulación en el CES o la comuna. - Promover la asistencia al jardín infantil del niño o la niña. - Visita domiciliaria a la familia del niño o niña con déficit en su DSM. *Indicar reevaluación con test 4 meses después de la primera evaluación y seguir un curso de acción según el resultado de la reevaluación:* Normal: citar al siguiente control, según calendario. Rezago en reevaluación: hacer un plan de trabajo con el equipo de cabecera. Riesgo o retraso en reevaluación: derivar a Médico para evaluación y derivación a nivel secundario (neurólogo).
Retraso según Test del DSM (3 años)	- Derivar a Médico para evaluación y/o derivación a nivel secundario (neurólogo). - Mientras se hace el diagnóstico, incorporar a sala de estimulación, a menos que el especialista indique lo contrario. - Promover asistencia al jardín infantil del niño o la niña. - Visita domiciliaria a la familia del niño o niña con déficit en su DSM.

	Indicar reevaluación con test 6 meses después de la primera evaluación y seguir curso de acción según el resultado de la reevaluación: Rezago en reevaluación: hacer un plan de trabajo con equipo de cabecera. Riesgo o retraso en reevaluación: contactar al equipo tratante del nivel secundario, corroborar las intervenciones realizadas y elaborar un plan de trabajo en conjunto con la atención primaria.
Resultado de retraso en la área de lenguaje del Test de DSM	- Evaluar al niño o la niña según la Pauta de cotejo de señales de alerta de TEA (Trastornos del Espectro Autista), en caso de positiva aplicar M-CHAT. - Derivar a Médico con resultados de la Pauta de cotejo de señales de alerta de TEA y M-CHAT, según corresponda, para descartar patología orgánica (hipoacusia, TEA u otras) y evaluar necesidad de derivación a nivel secundario.
Cuidadores principales con dificultades para dar cuidado al niño o niña	- Incentivar que el padre o acompañante significativo, se involucre activamente en los cuidados de su hijo o hija, para fortalecer el vínculo entre ellos. - Llevar el caso a una reunión del equipo de cabecera para desarrollar un plan de trabajo y eventual visita domiciliaria integral. - Activar la red comunal Chile Crece Contigo. - Derivar a Nadie es Perfecto. - Cuando la intensidad de los conflictos es mayor que lo habitual, derivar a un profesional o derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental. - Dar consejería para manejo de frustración o pataletas (Ver subsección “Manejo de frustración (Pataletas)”, Capítulo 5)

Señales de maltrato y/o abuso sexual	- Solicitar el apoyo de otro profesional del equipo de salud para diagnóstico clínico.
	- Determinar el riesgo vital del niño o la niña.
	- Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito).
	  ○ En caso de maltrato sin abuso sexual, proseguir según Guía Clínica “Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores”.
	  ○ En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica “Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual”.

Pauta de evaluación bucodentaria alterada	- Ante puntaje mayor a 3, consignar en la ficha clínica el resultado y la necesidad de aplicación de evaluación bucodentaria en los siguientes controles hasta los 6 años. ○ Si en más de tres oportunidades el puntaje supera a 3 derivar a odontólogo e indicar medidas generales indicadas en la bandera roja de “Alteraciones del examen bucal”.
Traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas	- Derivar al GES de urgencia odontológica ambulatoria.

Otras alteraciones del examen bucal	- 2 y 4 años: Derivar en edades de atención odontológica. - Revisar resultados de la pauta de evaluación bucodentaria y generar un plan de acción según los riesgos detectados. - Reforzar hábitos de cepillado de dientes al menos dos veces al día, luego de comidas principales, ayudado por un adulto. - Si existe mamadera nocturna, chupete y/o consumo de dulces, indicar su retiro. - Verificar si consume medicamentos que contengan azúcar e indicar el cepillado de los dientes luego de su ingesta. - Dar consejos según "Pautas de evaluación bucodentaria para niños y niñas de 0 a 6 años" (Ver anexo 6).
Presencia de sibilancias u otro signos de asma bronquial	Sospecha de asma bronquial - Derivar a Médico de APS para confirmación diagnóstica dentro de los siguientes 20 días e inicio del tratamiento dentro de los 30 días siguientes luego de la confirmación diagnóstica. - El Médico que confirme el diagnóstico debe informar de los beneficios del GES "Asma bronquial moderada o grave en menores de 15 años" al tutor y completar dos copias del "formulario de constancia al paciente GES"; una para el Centro de Salud y otra para la familia. - Si requiere atención con especialista, dar acceso dentro de los siguientes 30 días posteriores a la derivación por el médico APS.
Ronquidos con pausas (apneas) respiratorias	- Si duran más de 15 segundos, derivar a otorrinolaringólogo para evaluación

Sospecha de prehipertensión (PA >p90 a <p95), corregido por talla	- Confirmar o descartar el diagnóstico, promediando el resultado de al menos 3 tomas de presión en semanas consecutivas.
	- Si se confirma prehipertensión:
	  ○ Indicar medidas generales (mantener un peso adecuado, dieta hiposódica, actividad física de al menos 1 hora diaria y alimentación saludable).
	  ○ Citar para revaluación de la presión arterial cada 6 meses.

Sospecha de hipertensión etapa 1 (PA >p95 a < p 99+ 5mmHg), corregido por talla	- Confirmar o descartar diagnóstico, promediando el resultado de al menos 3 tomas de presión en semanas consecutivas.
	- Si se confirmar hipertensión etapa 1:
	  ○ Derivar a Cardiólogo o Nefrólogo pediátrico para evaluación
	  ○ Indicar medidas generales (mantener un peso adecuado, dieta hiposódica, actividad física de al menos 1 hora diaria y alimentación saludable).

Hipertensión etapa 2 (PA > p 99 o + 5mmHg), corregido por talla	- Con o sin síntomas, derivan a Urgencia (el niño o niña debe ser estabilizado inmediatamente)
Alteración en Test de Tumbling E o Snellen	- Derivar a Médico para eventual derivación a Oftalmólogo para evaluación visual completa.
Estrabismo	- Derivar a interconsulta a Oftalmólogo para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Estrabismo en menores de 9 años).
Rojo pupilar alterado o Leucocoria	- Derivar a interconsulta urgente a Oftalmólogo para diagnóstico y eventual tratamiento. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 37 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Cáncer en personas menores de 15 años).
Pie plano patológico	- Derivar a médico para eventual derivación a Traumatólogo infantil

Asimetría o claudicación en la marcha	- Si la cojera es de reciente inicio, realizar una evaluación médica inmediata y eventual derivación a urgencia.
Dermatitis atópica o alérgica	- Indicar medidas generales, baños cortos con agua tibia (no muy caliente), hidratación diaria con crema hipoalergénica, ropa 100 % de algodón sin broches metálicos, lavado de ropa con detergente hipoalergénico y sin suavizante, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombras, etc.).
Sospecha de neurofibromatosis tipo 1	Si, existen 6 o más manchas color café con leche: - Tener un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. - 2 o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o cualquier tipo o un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). - Efélides (pecas) en región axilar o inguinal. En estos casos derivar a Neurólogo infantil
Presencia de adenopatías	Si esto tienen un tamaño > a 2 cm, se ubican en la zona supraclavicular, múltiples grupos comprometidos o no está asociado a síntomas de infección respiratoria: - Derivar a Médico para estudio de la adenopatía, diagnóstico y tratamiento y eventual derivación al nivel secundario.
Sospecha de cardiopatía congénita	- Derivar a interconsulta a Cardiólogo o Pediatra con entrenamiento cardiológico para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 180 días (6 meses), por sospecha de enfermedad AUGE (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
Sospecha de criptorquidia o hernias inguinales	- Derivar a médico para confirmar diagnóstico y derivación a cirujano infantil o urólogo infantil.
Fimosis	- Desaconsejar prácticas como forzar el prepucio o realizar masajes. - En caso que vaya acompañada de otras morbilidades como ITU o balanitis recurrentes, debe ser derivado a Cirujano o Urólogo infantil, de lo contrario se considera fisiológico hasta los 4 años. - Si en el control de los 4 años persiste derivar a médico de APS para tratamiento.
Otros problemas psicosociales	- Completar hoja de SIIS ChCC de niño o niña con riesgo. - Realizar un plan de trabajo familiar y considerar la necesidad de prestaciones diferenciadas (reunión con equipo de cabecera, visita domiciliaria integral, etc)

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente a consulta, en los plazos y por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles. En los casos de problemas graves, asegurarse que las derivaciones sean efectivas

Indicaciones

Reforzar hábitos de vida saludable

Alimentación

- Leche materna, purita cereal u otra formula semidescremada o descremada 500 cc al día aproximados, repartidos en dos tomas diurnas.
- Comida baja en grasas, sodio y azúcar, desincentivar el consumo de golosinas, comida chatarra, jugos o bebidas azucarados.
- Desayuno, almuerzo, once y cena saludables. En el almuerzo y la cena fomentar que un 50 % del total del plato sean vegetales un 25% cereales o granos y un 25 % proteínas, postre fruta, para la sed agua pura (fruta idealmente debe ser comida y no bebida).
- Las colaciones no son necesarias, pero si existen deben ser saludables y no sobrepasar el 10 a 15% de las calorías totales que un niño o niña necesita al día (colaciones de 150 kcal aproximadamente en total).
- Si continúa con lactancia materna, apoyarla. Si la madre manifiesta deseos de destetar se puede iniciar un plan de destete respetuoso con la madre y el niño o la niña31. La OMS actualmente recomienda la lactancia materna hasta después de los 2 años de vida. Tanto como la madre y el niño o niña lo deseen.
- Se aconseja ofrecer comidas variadas y saludables. También a esta edad se debe incentivar que coma solo o sola aunque utilice sus manos, derrame o se ensucie.

Actividad física

- Realizar al menos 30 a 60 minutos de actividad física cada día.
- Realizar en familia paseos al aire libre y juegos que utilicen la fuerza del niño o niña (por ejemplo: bicicleta, monopatín, etc.).
- Si es posible, favorecer la participación del preescolar en actividades físicas estructuradas (talleres deportivos u otros), propiciar el juego activo con sus pares y el desarrollo de actividades cotidianas que impliquen movimiento (caminar a comprar, ayudar a ordenar la casa, etc.).
- Desincentivar el uso de coche para trasladar al niño o la niña.

Salud bucal

- Reforzar el lavado de dientes del niño o niña después de cada comida, usar un cepillo pequeño y suave con filamentos de puntas redondeadas. Enseñar al niño o niña la correcta forma de cepillado, haciendo énfasis en el cepillado nocturno, el cepillado debe ser supervisado por una adulto.
- Cepillo con pasta dental (tamaño de una lenteja) una vez que el niño o la niña aprenda a no tragarla, con 400 a 500 ppm de flúor (a los 3 años aproximadamente).
- Indicar que a esta edad no debieran usar chupete ni mamadera, hacer un plan de retiro respetuoso y gradual en caso de utilizarlos.

Cuidado de la piel

- Uso de bloqueador solar diario (todo el año, independiente del clima) en todas las áreas fotoexpuestas, hipoalergénico y factor solar sobre 30 SPF. Aplicar al menos 20 minutos antes de la exposición y repetir cada dos horas.
- Evitar exposición al sol entre las 11 y 16 horas.

Higiene y aseo

- Baño diario con uso ocasional de jabón y champú hipoalergénico, nunca dejar solo en la tina, ni por un segundo.
- Lavado de manos previo a comidas y posterior al juego.

Ortopedia

- Indicar calzado adecuado para caminar y jugar (Ver acápite “Características del zapato adecuado”, Capítulo 5).

Fomentar y reforzar el mantenimiento de horarios de sueño y alimentación.

- Limitar el tiempo de exposición a pantallas (televisión, computador, teléfonos, etc.) a no más de una hora al día, seleccionando programas o juegos adecuados a la edad y siempre acompañados por un adulto responsable

31 Ver Video: “Destete Respetuoso” (2013) [Película]. Chile Crece Contigo (Dirección).

Prevención de accidentes (Ver sección “Prevención de accidentes y seguridad”, Capítulo 5).

- No dejarlo en lugares donde hay agua empozada sin supervisión, por el riesgo de inmersión (incluye WC y lavadoras).
- Si hay piscinas en la casa, aunque idealmente no debieran existir, debe tener una reja cerrada o estar cubierta.
- Desaconsejar el ingreso a la cocina.
- Mantener el número de Centro de Información Toxicológica (CITUC) a mano: (02) 2635 3800.
- Evitar elementos y alimentos duros y pequeños que puedan ser aspirados.
- Uso de cascos para rodados y bicicletas.
- Cruzar calles de la mano de un adulto/a.
- Usar silla de auto mirando hacia atrás o adelante.
- No dejar solo o sola en lugares donde pueda trepar o en cercanía de ventanas sin protección (malla) y poner rejas en escaleras.
- No tener armas de fuego en el hogar.

Autonomía y salud socioemocional

- *Sugerir a los padres estimular, motivar y enseñar a su hijo o hija a tener conductas de autonomía y autocuidado,* tales como enseñarle a sonarse, lavarse los dientes, vestirse, orinar, comer solo, etc. Permitir que haga la mayor cantidad de tareas solo o sola, aunque se demore. Recomendar a los padres no transmitir inseguridad a su hijo o hija cuando intenta hacer algo, es importante transmitir confianza en él o ella.
- *Recomendar a los padres no transmitir ansiedad a su hijo o hija* cuando quedará a cargo de otra persona de confianza. El niño o la niña puede interpretar dicha ansiedad a que quedará expuesto a una situación de riesgo.
- *Incentivar la motivación de logro y la autonomía a través de juegos más complejos que impliquen* secuencias o mayores desafíos a nivel psicomotor, en donde los padres pueden ayudar en la planificación del juego y en la medida en que el preescolar lo requiera.
- *Incentivar los juegos de roles con uso de la fantasía, basados en personajes y situaciones.*
- Criticar las conductas, pero no la identidad del niño o la niña cuando este no sigue normas o actúa impulsivamente, por ejemplo: -
  «dejaste todo desordenado, debes recogerlo» y no «eres un desordenado».
- *Fomentar actividades sociales en la casa o en el barrio con otros niños de su edad.*
- *Hacerlo participar de decisiones simples que lo afectan,* como qué ropa quiere ponerse, a dónde quiere ir a pasear, qué tipo de juego quiere llevar a cabo o qué cuento quiere leer. Esto desarrolla su sentido de la identidad, afianza gustos y evita frustraciones innecesarias.
- *Promover los juegos que son historias,* con personajes y roles; juegos de pintar y dibujar, juegos con uso de la fantasía y la imaginación.
- *Promover juegos con reglas simples,* cooperativas, ojalá con otros niños. Esto estimula el desarrollo de esquemas o guiones sociales, la estructuración de la propia iniciativa y el conocimiento de las reglas sociales.
- *Para el desarrollo del lenguaje se recomienda en esta etapa estimular la conversación espontánea con preguntas abiertas:* ¿cómo te fue hoy?; no corregirlos demasiado; aprovechar cada oportunidad para enseñarles nuevas palabras; enseñarles nuevas canciones; y hablarles claramente. Se ha comprobado que en esta etapa, la lectura en voz alta con el niño/a y el modelamiento (leer frente a los hijos) estimula el hábito lector y la habilidades verbales generales.
- *Juegos apropiados y estimulantes*
  - Correpasillo, triciclo, bicicleta con rueditas o de equilibrio, caballito, cajas con arena, burbujas, disfraces, puzzle de tres o cuatro piezas, pelotas, autos, muñecas.
  - Enseñar a lanzar, atrapar y chutear la pelota.
  - Enseñarle a saltar como conejo, caminar en punta de pies como pajarito, bambolearse como pato, deslizarse como serpiente, etc.
  - Incentivarlo a que invente un cuento, mostrándole figuras.
  - Cantar canciones simples con el niño o la niña.

Consejos para comenzar a retirar los pañales
Se recomienda el retiro del pañal respetando el ritmo individual del niño o niña más que a una edad específica.

Indicar las señales para comenzar a dejar los pañales: no hay una edad específica para el control de esfínteres, pero normalmente se inicia después de los 24 meses. Algunos de los signos que pueden orientar a la familia respecto a si el niño o la niña está preparado para dejar el pañal son:

- Orina una gran cantidad de una vez y no muchas cantidades pequeñas. Puede permanecer seco, al menos dos horas.
- Tiene movimientos intestinales regulares y predecibles.
- Parece percatarse que quiere orinar o eliminar deposiciones (ciertas caras, posturas o sonidos).
- Puede bajar y subir su ropa interior, es capaz de obedecer instrucciones simples y quiere aprender.

Indicar estrategias adecuadas a cada etapa

- Indicar a la familia en una primera etapa que el niño o niña pueda acompañar a sus padres cuando usan el baño y/o sentarse con ropa en una pequeña pelela por períodos cortos.
- Luego en la medida de que comience a avisar por orina o deposiciones, preguntarle al niño o niña si desea estar sin pañal y probar inicialmente de día el retiro del pañal, entendiendo que es un proceso paulatino y no usar castigos o amenazas para el logro de sacar los pañales, reforzar con cariño o verbalmente cuando el niño comienza a avisar. Los meses de primavera o verano pueden ser más cómodos, aunque no es restrictivo.
- Normalmente el control nocturno se logra meses o incluso años después del control diurno.

Indicar el uso de los siguientes servicios de orientación:

- *FONOINFANCIA* 800 200 818 en caso de dudas de crianza y desarrollo de niños y niñas (servicio gratuito).
- *SALUD RESPONDE* 600 360 7777 en caso de dudas o necesidad de orientación (incluyendo urgencia) en relación a la salud del niño o la niña
- *Página www.crececontigo.gob.cl* para resolver dudas de estimulación, crianza y realizar “consulta a expertos” en diversas áreas.
- *CITUC 2635 38 00* en caso de intoxicación.

2 y 4 años: Derivar a Consulta de Salud Bucal
3 años: Derivar a Consulta Nutricional (3 años 6 meses)
Invitar a participar en los talleres para el fomento de competencias parentales Nadie es Perfecto u otras iniciativas de promoción del desarrollo infantil y la crianza.

Citar al próximo control, según calendario

CONSULTA DE SALUD BUCAL DE LOS 2 Y 4 AÑOS

Período	2 años	2 años a 2 años 11 meses y 29 días.
	4 años	4 años a 4 años 11 meses y 29 días.
Objetivos		• Fomentar hábitos saludables de cuidado bucal, considerando aspectos culturales, socioeconómicos y familiares. • Identificar factores de riesgo y protectores del contexto individual, familiar y comunitario para el desarrollo de patologías bucales. • Evaluar el desarrollo del sistema estomatognático a través de un examen bucal odontológico cercano y amigable. • Diagnosticar presencia de patologías bucales (caries, gingivitis, anomalías dento-maxilares) o factores de riesgo para la salud bucal. • Planificar y realizar procedimientos preventivos para las principales patologías bucales. • Planificar y realizar procedimientos recuperativos de salud bucal, de acuerdo a las necesidades del niño o la niña.
Profesional		Odontólogo y personal auxiliar de odontología

Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material o cuestionarios a entregar	Formulario SRDM
2 por hora	Universal	Individual	Material educativo pertinente	"Control de salud" ante riesgo biopsicosocial, variación o extinción de un riesgo detectado anteriormente

Anamnesis

Antecedentes

- Revisar antecedentes médicos en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores.
- 4 años, revisar antecedentes del control de salud bucal de los 2 años.
- Revisar registro y nivel de riesgo detectado a través de pautas de evaluación bucodentaria (aplicada en control de salud infantil).

Preguntas

- Hábitos de alimentación: consumo de golosinas, comida chatarra, bebidas azucaradas.
- Consumo de medicamentos que contienen azúcar.
- Hábitos de higiene: frecuencia y forma de cepillado, tipo de cepillo y uso de pasta de dientes.
- Factores protectores: hasta qué edad dio lactancia materna exclusiva y complementada, si consume agua de la llave, si usó cepillo mojado con agua hasta los 2 años y si usa pasta fluorada de 400 a 500 ppm (desde los 2 años cumplidos).
- Otras prácticas que influyen en el desarrollo del sistema estomatognático y aparición de caries, son el uso de mamadera, chupete, succión digital, etc.
- Al detectar factores de riesgo de patologías bucales, preguntar a los padres cuáles podrían ser las barreras o facilitadores para disminuir o eliminar los riesgos encontrados.
- Por historia de dolor dental.
- Asistencia a jardín infantil y prácticas de cuidado dental en el establecimiento, como: aplicación de barniz flúor, cepillado de dientes después de las comidas, educación en salud bucal a párvulos o apoderados, tipo de colación, etc.

Examen Físico

Antes de inicar la consulta explicar al niño o la niña los procedimientos que se van a realizar de para evitar miedo, llanto o resistencia al examen.

Examen físico general	- Observar la marcha, alteraciones y asimetrías posturales.

	- *En posición de examen odontológico (sillón dental, técnica rodilla rodilla o en brazos del cuidador):* examinar el cuello, tiroides, ganglios, ATM (Articulación Temporomandibular), músculos periorales, piel y simetría facial.
Examen de funciones básicas de la cavidad bucal	Evaluar deglución y pronunciación: - Descartar interposición lingual. - Evaluar pronunciación: Descartar factores bucales asociados. Por ejemplo: frenillo bucal y/o lingual corto. Descartar respiración bucal
Examen intraoral	- *Mucosas*: evaluar faringe, paladar, lengua, piso de boca, frenillos, cara interna de mejillas y vestíbulo. - *Encías:* evaluar color, forma, tamaño y presencia de signos de inflamación. - *Dientes:* evaluar proceso de erupción y estado de los dientes (índice ceo: número de dientes temporales cariados extraídos y obturados). - *Oclusión:* evaluar crecimiento y desarrollo maxilar. Analizar secuencia de erupción, línea media, over-bite, over-jet, relación molar y relación canina.
Exámenes complementarios	La radiografía debe utilizarse solo cuando existe la posibilidad de un beneficio para el paciente. - *Radiografías intraorales:* la indicación de tomar radiografías se debe realizar una vez que se ha practicado el examen clínico, se ha analizado la historia del paciente, revisado radiografías antiguas, estimado el riesgo cariogénico y se ha considerado la salud general del niño o la niña.

Diagnóstico

a. Desarrollo del sistema estomatognático
b. Hábitos de salud bucal, identificando factores protectores o de riesgo asociados a alimentación y lactancia, higiene bucal (cepillado), uso de fluoruros, succión de objetos, (mamadera, chupete, dedo u otros) y tipo de respiración.
c. Patologías bucales: caries, gingivitis, anomalías dentomaxilares, otras.

Banderas rojas

Señal de alerta	Acciones a seguir
Ansiedad o miedo frente a la atención odontológica	- Aplicar las técnicas no farmacológicas de manejo de la ansiedad ante la atención odontológica adecuadas a la edad del niño o la niña, según la Norma vigente de Control de la Ansiedad en Atención Odontológica [77]. - Educar a la madre, padre o cuidador sobre la importancia del control de salud bucal y beneficios para el niño, la niña y su familia.
Uso de mamaderas nocturnas	- Recomendar la suspensión de la mamadera nocturna, dado que aumenta el riesgo de caries. - Elaborar un plan de retiro respetuoso de la mamadera y recomendar el cepillado de dientes después de su uso.
Consumo de alimentos azucarados entre las comidas	- Recomendar restringir el consumo de alimentos y bebidas azucaradas, en caso de consumirlos preferir los momentos de comidas y luego cepillar. - Reforzar la higiene bucal después del consumo de alimentos. - Fomentar el consumo de agua potable sin agregados.
Alteración del desarrollo normal del sistema estomatognático	- Derivar a médico u odontopediatra (dependiendo del problema encontrado) para confirmación diagnóstica. - En caso de detectar un niño o niña con necesidades especiales, vincular a programa NANEAS (Capítulo 4 “Control de salud en situaciones especiales).

Interposición lingual o mal pronunciación asociados factores bucales	- Derivar a Odontopediatra para diagnóstico y eventuales derivaciones.
Respiración bucal	- Derivar a Médico para evaluación y eventual derivación a especialista.
Higiene bucal ausente o insuficiente	- Motivar a la madre o cuidador para que realice el cepillado de dientes de su hijo o hija. - Demostrar las técnicas de higiene bucal adecuadas a la edad del niño. - Reforzar la importancia del uso de pasta dental fluorurada de 400 a 500 ppm, al menos dos veces al día con una cantidad de pasta equivalente a una arveja o menos.
Uso de chupete de entretención	- Recomendar el retiro del chupete cuando el niño se ha dormido. - Recomendar la suspensión progresiva del chupete durante el día.
Succión digital presencia o persistencia	2 años: Si se ha adoptado el hábito de succión digital, recomendar reemplazarlo por un chupete sin untar con alimentos 4 años: Si persiste o se ha adoptado el hábito de succión definir con la familia una estrategia adecuada para suspender el hábito de succión. Derivar a consulta de salud mental para evaluación y apoyo.
Alto riesgo de caries	- Diseñar un plan de tratamiento integral que incorpore el uso adecuado de fluoruos y sellantes. - Reforzar, en la familia, las prácticas de autocuidado para la prevención de caries (hábitos de alimentación saludables, hábitos de higiene bucal, uso de fluoruros), considerando el contexto familiar.
Detección de caries	- Diseñar un plan de tratamiento integral que incorpore la recuperación de la salud bucal. - Realizar un manejo de lesiones de caries de acuerdo a las recomendaciones de la Guía clínica “Atención primaria odontológica del preescolar de 2 a 5 años”. - Derivar a odontopediatra cuando requiera sedación asociada al tratamiento.
Detección de gingivitis	- Diseñar un plan de tratamiento integral que incorpore la recuperación y mantención de la salud bucal. - Realizar profilaxis según la “Guía clínica Atención primaria odontológica del preescolar de 2 a 5 años”. - Reforzar técnicas de higiene bucal adecuadas a la edad del niño o la niña.
Detección de anomalías dentomaxilares	- Diseñar un plan de tratamiento integral para recuperar la salud bucal. - Realizar técnicas de ortodoncia preventiva e interceptiva (en esa sesión o una nueva cita) o derivar al especialista para su ejecución (odontopediatra, ortodoncista) según “Guía clínica atención primaria odontológica del preescolar de 2 a 5 años”. - Reforzar el control de hábitos de succión.
Detección de urgencia odontológica ambulatoria	- Entregar atención de urgencia de acuerdo a la Guía GES “Urgencias Odontológicas ambulatorias”.
Otros problemas psicosociales	- Completar la hoja de SIIS ChCC del niño o niña con riesgo. - Realizar un plan de trabajo familiar y considerar la necesidad de prestaciones diferenciadas (reunión con el equipo de cabecera, visita domiciliaria integral, etc)

Indicaciones

Alimentación

- Comida baja en grasas, sodio y azúcar, desincentivar el consumo de golosinas, comida chatarra, jugos y bebidas azucaradas.
- Las colaciones no son necesarias, pero si existen deben ser saludables y no sobrepasar el 10 a 15% de las calorías totales que un niño o niña necesita al día (colaciones de 150 kcal aproximadamente en total).
- Si continúa con lactancia materna, apoyar la madre manifiesta deseos de destetar se puede iniciar un plan de destete respetuoso con la madre y el niño o la niña32. La OMS actualmente recomienda la lactancia materna hasta después de los 2 años de vida. Tanto como la madre y el niño o niña lo deseen.
- Se aconseja ofrecer comidas variadas y saludables. También a esta edad se debe incentivar que coma solo o sola aunque utilice sus manos, derrame o se ensucie.

En caso de consumo de medicamentos azucarados:

- Evaluar la existencia de alternativas sin azúcar.
- Si no es posible reemplazar el medicamento por alternativas sin azúcar, recomendar el cepillado de dientes después del consumo del medicamento.
- De ser posible, indicar el uso del medicamento con las comidas y reforzar el cepillado después de comer.

Reforzar hábitos de higiene bucal

- Reforzar el lavado de dientes después de cada comida, cepillo pequeño y suave con filamentos de puntas redondeadas. Enseñar al niño o la niña la correcta forma de cepillado, haciendo énfasis en el cepillado nocturno. A esta edad el cepillado debe ser supervisado por una adulto.
- Cepillo con pasta dental (tamaño de una lenteja) una vez que el niño o la niña aprenda a no tragarla, con 400 a 500 ppm de fluor (a los 3 años aproximadamente).
- Indicar que a esta edad no debieran usar chupete ni mamadera, hacer un plan de retiro respetuoso y gradual en caso de utilizarlos.
- Incentivar el consumo de agua potable sin agregados (agua fluorada)

Trabajar en conjunto con la familia en la realización de un plan de trabajo que refuerce los factores protectores y disminuya o elimine aquellos de riesgo para el desarrollo de patologías bucales:

- Educar sobre la correcta técnica de cepillado y uso de pasta de dientes fluorurada: entregar recomendaciones por escrito sobre el uso de la pasta de dientes infantil de 400-500 ppm de flúor en cantidad equivalente al tamaño de una arveja o menos. Recomendar el cepillado después de cada comida, al menos dos veces al día, siendo especialmente importante el cepillado nocturno. Si el niño o la niña traga la pasta poner muy poca cantidad (técnica en barro).
- Fomentar una alimentación saludable: desincentivar el consumo de azúcar, especialmente entre comidas y promover el consumo de agua en reemplazo de jugos o bebidas azucaradas.
- Reforzar la importancia de eliminar o disminuir progresivamente hábitos de succión no nutritivos (chupete, succión de dedo, interposición de objetos)
- Entregar recomendaciones para la prevención de trauma dentario:
  - Evitar los pisos resbaladizos o con desniveles.
  - Recoger los objetos en el piso que puedan actuar como obstáculos para los niños y las niñas.
  - Habilitar bebederos adecuados (fuentes de agua en lugar de lavamanos).

32 Ver Video: “Destete Respetuoso” (2013) [Película]. Chile Crece Contigo (Dirección

- Evitar lugares de juego cerca y en las escaleras.
- Asegurarse que los niños y las niñas mantengan los cordones de los zapatos amarrados.
- Supervisar a niños y niñas mientras juegan.
- Caminar o correr con objetos en la boca o en ambas manos.
- Utilizar protectores bucales al practicar deportes riesgosos.

Cuando *no se encuentre ningún problema,* felicitar tanto al niño o la niña como a la familia por cuidar su salud y alentarlos a mantener una boca sana.

Indicar el uso de SALUD RESPONDE 600 360 7777 en caso de dudas o necesidad de orientación (incluyendo urgencia) en relación a la salud del niño o la niña.

Citar al próximo control, según calendario.

Período	42 a 47 meses (3 años 6 meses - 3 años 11 meses y 29 días)
Objetivos	• Orientar a la madre, padre o cuidadores principales y fomentarles hábitos alimentarios y de actividad física saludable para la familia y para el preescolar. • Evaluar hábitos de salud bucal potenciando los factores protectores y reduciendo los factores de riesgo consensuando un plan con la familia. • Evaluar el estado nutricional integral del niño o la niña y realizar las medidas orientadas a lograr un peso saludable, cuando sea necesario. • Evaluar el riesgo de malnutrición por exceso y en caso de detectarlo realizar acciones preventivas familiares e individuales.
Profesional	Nutricionista
Instrumento o herramienta a aplicar	Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso. Pauta de evaluación bucodentaria infantil.

Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material o cuestionario a entregar	Formulario SRDM
2 por hora	Universal	Individual	Cartillas o dípticos según edad y pertinencia	"Control de salud" ante riesgo biopsicosocial, variación o extinción de un riesgo detectado anteriormente.

Anamnesis

Antecedentes

- Revisar la ficha clínica personal y familiar e información de controles de salud anteriores realizados al niño o la niña.

Preguntas

Antes de realizar la anamnesis, ir a buscar al niño o la niña a la sala de espera, saludarlo por su nombre y ponerse a su nivel para interactuar con él o con ella antes de ingresar al box. Saludar a la familia e identificarse por el nombre y explicar brevemente qué se hará en la consulta de ese día.

- Preguntar al niño o niña si se siente bien y si tiene alguna duda (en lenguaje amigable, cercano y adecuado a su edad).
- Dudas de la madre, padre y/o cuidadores principales.
- Cómo ha estado la familia, indagar si ha habido algún estresor importante desde el último control.
- Cuáles son los hábitos alimenticios de la familia, qué es lo que comen habitualmente y en qué horarios.
- Si el momento de la alimentación es estresante o difícil y por qué, cuáles son las estrategias que utiliza la familia.
- Qué miembros de la familia participan en la alimentación del niño o niña y si existe acuerdo entre ellos respecto a los alimentos, hábitos y momentos de alimentación.
- Si la comida se utiliza como premio o castigo.
- Preguntar dirigidamente sobre la alimentación del niño o la niña:
  - Número de comidas, horarios, su composición y variedad.
  - Cuánta leche toma al día y su volumen.
  - Si aún usa mamadera o chupetes.
  - Si toma agua pura o si toma bebidas o jugos con azúcar.
  - Si consume alimentos chatarra, golosinas o altos engrasas y sodio (sal).
- Frecuencia del lavado de dientes, tipo del cepillo utilizado, usa pasta dental y si el adulto apoya el cepillado.
- Si la familia realiza actividades recreativas en el exterior o actividad física en conjunto, considerando forma de transporte, actividades en el hogar y juegos preferidos del menor.
- Si realiza juegos o talleres de actividad física entre 30 a 60 minutos al día.

- Antecedentes en la familia de obesidad, sobrepeso, diabetes, rechazo a la comida, etc.
- Evaluar la presencia de factores de riesgo según “Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso”:
  - Madre y/o padre obeso.
  - Lactancia materna exclusiva insuficiente inferior a 4 meses (mientras más prolongada sea la lactancia se considera un factor protector de obesidad).
  - Recién nacido (RN) pequeño para la edad gestacional (PEG) o macrosómicos (peso mayor o igual a 4 kg).
  - Antecedentes de diabetes gestacional en ese embarazo.
  - Diabetes tipo II en padres y/o abuelos.
- Otros factores personales que deben considerarse como factores de riesgo son: incremento acelerado de peso durante la infancia (cruce de percentiles ascendentes) u obesidad actual.

Examen físico y evaluación integral	
Evaluación de relación madre, padre e hijo o hija	- Evaluar si el niño o la niña se muestra independiente y dispuesto a explorar en los momentos en que no hay mucho estres en la consulta - Evaluar si la madre, padre y/o cuidadores principales se dirige con cariño al niño o niña, esto es posible de observar en la forma en que lo toma, desviste y le habla. - Evaluar si el niño o la niña se dirige a los padres y los busca en momentos de estres. - Evaluar si el niño o la niña habla con sus padres y si los padres explican y le anticipan lo que hará el profesional durante la consulta - Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre.
Antropometría	- Medición de talla. - Medición de peso. - Registrar los puntos de peso y talla en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar progresión de la curva.
Antropometría de la madre, padre y/o cuidadores principales	- Medición talla. - Medición de peso. - Cálculo de IMC.
Bucodental	- Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, dientes, encías, lengua y piso de boca. - Evaluar dentición temporal completa. - Descartar caries. - Descartar signos de urgencia odontológica.
Signos de carencias específicas (anemia)	- Descartar palidez de mucosas y/o taquicardia.
Señales de maltrato o abuso sexual	- Lesiones en el niño o la niña más graves de lo esperado por la historia entregada por los padres. - Múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención médica. - Sospechar maltrato físico si existen fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios inhabituales.

Diagnósticos

a. Evaluación nutricional integrada
b. Resultado de Pauta evaluación bucodentaria

Banderas rojas

Señal de alerta	Acciones a seguir
Mal nutrición por exceso	- Aplicar la Pauta de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (ECNTs) y ante tres o más factores de riesgo derivar inmediatamente a médico al igual si se encuentran los siguientes factores: talla baja, retraso del DSM, dismorfia, hirsutismo, sospecha de otro problema biomédico. - Consejería en estilos de vida saludable. - Consulta nutricional dentro de los siguientes 30 días - Elaborar un plan trabajo específico de intervención individual y familiar en la alimentación y actividad física y plan de seguimiento. - Derivar a sesiones educativas.
Niño o niña eutrófico con dos o más factores de riesgo por malnutrición por exceso	- Derivar a taller grupal donde se eduque respecto hábitos saludables de alimentación y actividad física (1 sesión). - Elaborar un plan trabajo consensuado y adecuado a la familia para prevenir malnutrición por exceso.
Madre, padre o cuidador principal de 20 a 45 años con sospecha de síndrome metabólico	*Se considerará síndrome metabólico cuando la persona presenta IMC > 30 y/o perímetro de cintura aumentado (mujeres + 88 cm y hombres + de 102 cm) más otros factores de riesgo (intolerancia a la glucosa, alteración lipídica, prehipertensión, antecedentes de madre, padre o hermano con DM2).* - En caso de que la madre, padre y/o cuidador principal presente IMC > 30 y/o perímetro de cintura aumentado, se debe derivar a Médico para descarte o confirmación diagnóstica de síndrome metabólico. En caso de confirmación, el Médico será el responsable de derivar al Programa de Vida Sana (Ver anexo 8 "*Componentes del Programa vida sana*") u otro programa o profesional según la oferta local.
Riesgo de desnutrir	- Descartar la posibilidad de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (Normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento con peso en -1DS en forma sistemática luego de los 6 meses de vida y antecedentes familiares de delgadez constitucional. - Ingresar a PNAC de refuerzo y elaborar plan de intervención. - Derivar a Médico en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación.
Desnutrición	- Analizar la historia médica del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. - Elaborar un plan de trabajo consensuado con la familia, y cuando sea necesario planificar una reunión con el equipo de cabecera, derivar a asistente social y/o vincular con la red Chile Crece Contigo - Ingresar a PNAC de refuerzo. - Derivar a Médico en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando es necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
Talla baja (≤ 2 DS)	Corregir por edad gestacional al momento del nacimiento - Derivar a médico para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía, obesidad, retardo mental, crecimiento menor a 75% de lo esperado para su edad en más de dos controles sucesivos, presencia de enfermedad crónica (cuadros diarreicos o cuadros bronquiales a repetición), talla < -3 DS (enanismo) o alteración de las proporciones corporales.

Talla alta (≥ 2 DS)	- Evaluar carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a médico para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales.
Estilos de vida no saludables (alimentarios o actividad física)	- Realizar consejería familiar, evaluando etapas del cambio [33]. - Entregar herramientas prácticas y guías sobre alimentación y actividad física para cada edad.
Sospecha de anemia	- Derivar a Médico de APS para evaluación, solicitud de exámenes, confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento.
Pauta de evaluación bucodentaria alterada	- Ante puntaje mayor a 3, consignar en ficha clínica el resultado y la necesidad de aplicación de evaluación bucodentaria en los siguientes controles hasta los 6 años. o Si en más de tres oportunidades el puntaje supera a 3 derivar a odontólogo e indicar medidas generales indicadas en la bandera roja de "Alteraciones examen bucal".
Traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas	- Derivar a GES de urgencia odontológica ambulatoria.
Otras alteraciones examen bucal	- Recordar la atención odontológica a los 4 años. - Revisar los resultados de la pauta de evaluación bucodentaria y generar un plan de acción según riesgos detectados. - Reforzar los hábitos de cepillado de dientes, al menos, dos veces al día, luego de comidas principales, ayudado por un adulto. - Si existe mamadera nocturna, chupete y/o consumo de dulces, indicar su retiro. - Verificar si consume medicamentos que contengan azúcar e indicar cepillar los dientes luego de su ingesta. - Dar consejos según "Pautas de evaluación bucodentaria para niños y niñas de 0 a 6 años" (Ver anexo 6).
Manipulación incorrecta de los alimentos	- Consejería respecto a la correcta manipulación, preparación y refrigeración de los alimentos. - Educar respecto a medidas para evitar la contaminación cruzada.
Señales de maltrato y/o abuso sexual	- Solicitar el apoyo de otro profesional del equipo de salud para diagnóstico clínico. - Determinar el riesgo vital del niño o la niña. - Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito). o En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores". o En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica "Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual".

33 Ver página 18-20 "Etapas del Cambio (ECC) o Modelo Transteórico de Cambio (MTTC)" y Capítulo 6 Fases de la Consejería" de la Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes (2011).

Indicaciones

Salud Nutricional, recomendar:

- Leche de vaca, purita cereal u otra formula semidescremada o descremada 500 cc al día aproximado, repartido en dos tomas diurnas.
- Comida baja en grasas, sodio y azúcar, desincentivar el consumo de golosinas y comida chatarra.
- Desayuno, almuerzo, once y cena saludables. En el almuerzo y la cena fomentar que un 50 % del total del plato sean vegetales un 25% cereales o granos y un 25 % proteínas, postre fruta, para la sed agua pura (fruta idealmente debe ser comida y no bebida). Dar ejemplos de cómo es un desayuno, almuerzo, once y cena saludable adecuada a la realidad familiar.
- Las colaciones no son necesarias, pero si existen deben ser saludables y no sobrepasar el 10 a 15% de las calorías totales que un niño o niña necesita al día (colaciones de 150 kcal aproximadamente en total).
- Se aconseja ofrecer comidas variadas y saludables. También a esta edad se debe incentivar que coma solo o sola aunque utilice sus manos, derrame o se ensucie.

Fomentar la actividad física

- Al menos 30-60 minutos cada día, realizar en familia paseos al aire libre, fomentar juegos que utilicen la fuerza del niño o niña (EJ: Bicicleta, monopatín, etc.).
- Si es posible, favorecer la participación del escolar en actividades físicas estructuradas (talleres deportivos u otros),
- Propiciar el juego activo con sus pares y el desarrollo de actividades cotidianas que impliquen movimiento (caminar a comprar, ayudar a ordenar la casa, etc.). Desincentivar en uso de coche para trasladar al niño o la niña.
- Indicar medidas de seguridad al realizar actividad física (Ver sección “Prevención de accidentes y seguridad”, Capítulo 5).

Limitar el tiempo de exposición a pantallas (televisión, computador, teléfonos, etc.) a no más de una hora al día, seleccionando programas o juegos adecuados a la edad y siempre acompañados por un adulto responsable.

Dar consejos según “Instructivo de pauta de evaluación bucodentaria”, según riesgo detectado.

Indicar que a esta edad no debieran usar chupete ni mamadera, hacer un plan de retiro respetuoso en caso de utilizarlos.

Indicar el uso de *FONOINFANCIA 800 200 818* en caso de dudas de crianza y desarrollo de niños y niñas (servicio gratuito), *SALUD RESPONDE 600 360 7777* en caso de dudas o necesidad de orientación (incluyendo urgencia) en relación a la salud del niño o la niña.

Invitar a participar de los talleres para el fomento de competencias parentales Nadie es Perfecto u otras iniciativas de promoción el desarrollo infantil y crianza.

Derivar a control de salud bucal y control sano a los 4 años, según calendario.

La etapa escolar es una etapa de transición fundamental para el desarrollo del niño o la niña. En relación al desarrollo motor, experimenta un desarrollo importante de la fuerza y coordinación motora, presentando movimientos corporales controlados y armónicos. Estos cambios contribuyen a que el niño o la niña se sienta competente respecto de sus habilidades físicas, permitiendo que participe en actividades de mayor complejidad como deportes, danza o gimnasia.



ESCOLAR
(5 A 9 AÑOS)

La etapa escolar es una etapa de transición fundamental para el desarrollo del niño o la niña. En relación al desarrollo motor, experimenta un desarrollo importante de la fuerza y coordinación motora, presentando movimientos corporales controlados y armónicos. Estos cambios contribuyen a que el niño o la niña se sienta competente respecto de sus habilidades físicas, permitiendo que participe en actividades de mayor complejidad como deportes, danza o gimnasia.

Desde el punto de vista cognitivo, existe una evolución del pensamiento, desde un pensamiento mágico hacia un proceso cognitivo lógico. La síntesis del lenguaje básico, percepción y abstracción permiten que el niño o la niña pueda leer, escribir y comunicar sus pensamientos que son de complejidad y creatividad creciente.

En el desarrollo socioemocional, el autoconcepto se hace más estable y la interacción social es más intensa y compleja, asociada a progresos en sus capacidades de aprendizaje. En este período se va consolidando la autoestima y la autonomía, adquiriendo la capacidad de saber qué hacer y la seguridad y habilidad para lograrlo. También se desarrolla una comprensión más completa de estados y motivaciones psicológicas de los demás, comienzan a interesarse en su entorno más amplio, tanto social como natural. Se describe un progreso en la capacidad de entender otros puntos de vista, así como una mayor interiorización de reglas morales y sociales asociadas a principios universales. Los escolares son más capaces de tolerar la frustración, persistir en una tarea y manejar sus emociones negativas bajo normas aceptables. La interacción con el grupo de pares en esta etapa es fundamental.

La etapa entre los cinco y diez años es exigente para el desarrollo personal, la que es determinante para la consolidación de su personalidad y de sus capacidades emocionales, laborales y sociales. En esta etapa, el niño o la niña debe desenvolverse en un ambiente formal que le exige desempeños objetivos, tanto académicos como de comportamiento y sociales. La adaptación al medio escolar implica una mayor separación de los padres, el grupo de pares comienza a cobrar una importancia cada vez más significativa y aparecen nuevas figuras de autoridad como los profesores.

Ante estos desafíos, el escolar debe utilizar los recursos y fortalezas adquiridos a lo largo de su vida preescolar y familiar, volcándose hacia el descubrimiento de un mundo más amplio y atrayente, pero también más competitivo y agresivo. Estos cambios pueden ser más o menos fáciles para los niños y niñas, dependiendo de las características personales, familiares y del ambiente escolar.

Los niños y niñas con mayores dificultades para adaptarse al medio escolar tienen una mayor predisposición a desarrollar diversos problemas, como por ejemplo dificultades de aprendizaje o problemas de adaptación social, las cuales suelen arrastrarse a lo largo de la trayectoria escolar si es que no se realizan intervenciones a tiempo. Dichas dificultades aumentan el riesgo de un peor desempeño global o baja autoestima y generan un círculo vicioso de dificultades crecientes.

En la edad escolar la mortalidad es muy baja, así como la morbilidad grave. La principal causa de muerte la constituyen los accidentes, generalmente fuera del hogar. El escolar consulta poco en forma espontánea, siendo los principales motivos de consulta las enfermedades respiratorias e infecciosas. Sin embargo, los problemas de salud que aquejan, efectivamente, a los escolares tienen relación con condiciones que afectan la calidad de vida y con enfermedades crónicas no transmisibles o su predisposición y están fuertemente ligados a temáticas psicosociales, por lo que es importante aprovechar las instancias de contacto con el escolar para detectarlas e intervenirlas tempranamente.

Área		Logros esperados
Crecimiento y desarrollo físico		- La velocidad de crecimiento en este período es la más lenta de la infancia y precede al «estirón puberal». Los niños y niñas crecen a una tasa de cinco a seis cm y aumentan tres kilos de manera anual. - El perímetro craneano crece solamente de dos a tres cm en todo el período. - Desde los 7 años, comienzan a perder la dentadura temporal y comienza a aparecer la definitiva. - Desde los 6 años, es normal la adrenarquía, que se puede manifestar por olor axilar. - Desde los 8 años, es normal la aparición de botón mamario en las niñas - Desde los 9 años, es normal el crecimiento testicular en los niños
Desarrollo cognitivo y destrezas		- Progresivamente diferencia fantasía de realidad. - Logra cada vez mayor concentración y permanencia en una actividad por más tiempo. - Participa en forma progresiva de juegos con reglas. - Anda en bicicleta bien, practica deportes, toca instrumentos musicales. - Los intereses y competencias empiezan a divergir entre los distintos niños y niñas.
Desarrollo emocional y social	5 a 6 años	- Tiene un grupo de amigos o amigas. - Se disculpa por errores . - Felicita a otros por sus logros. - Es consciente y sensible a los motivos que subyacen a las acciones.
	7 a 8 años	- Demuestra competencias morales, físicas, emocionales, cognitivas y sociales. - Se involucra en actividades que promuevan su propio bienestar, contribuyendo a un estilo de vida saludable. - Establece relación de apoyo y cuidado con su familia, amigos y con otros adultos. - Logra hacer amigos y pertenecer al grupo de pares.
	9 a 10 años	- Demuestra progresivamente la capacidad de tomar decisiones responsablemente. - Experimenta sensación de bienestar, de seguridad en sí mismo y de esperanza en el futuro.

En este período se pueden realizar los controles infantiles en el centro de salud o en el establecimiento educacional. El realizar el control de salud escolar en el establecmineto educacional es una práctica que se está retomando dadasdado las carácteristicas de este grupo (población cautiva en el colegio, baja adherencia a controles en centros de salud, horarios disponibles para atención, etc.). Es importante que existanexista acuerdo formales entre la Escuela y el Centro de Salud para dicha atención, cuando sea en el colegio, para cautenlar por la permanencia de la actividad.

Cuando el control es realizado en ausencia del tutor, será necesario que el cuidador haya aceptado con anterioridad mediante la firma de un consentimiento informado que explique claramente las evaluaciones que se realizarán, la anamnesis se hará a través del Cuestionario de Salud Infantil e instrumentos específicos según edad que los tutores responderán con anticipación. El control será grupal (de 3 a 5 niños o niñas por grupo), y no se realizará la evaluación de Tannertanner y genitales.

Cuando el control es realizado en presencia del tutor, la anamnesis será a través de una entrevista que complemente el Cuestionario de Salud Infantil e instrumentos específicos según edad, el control será individual y se realizará la evaluación de Tanner y genitales, siempre que los padres y el niño o niña estén de acuerdo.

Durante este período se deben realizar 6 controles de salud, cinco Controles de Salud Infantil (CSI) y un Control de Salud Bucal (CB):



Período	5 años	5 años - 5 años 11 meses 29 días.
	6 años	6 años - 6 años 11 meses 29 días.
	7 años	7 años - 7 años 11 meses 29 días.
	8 años	8 años - 8 años 11 meses 29 días.
	9 años	9 años - 9 años 11 meses 29 días.
Objetivos	• Orientar a la madre, padre o cuidadores principales, respecto a las dudas que tengan en relación a la salud, desarrollo integral y crianza de su hijo o hija. • Evaluar hábitos de vida saludable (alimentación, actividad física, autocuidado, prevención de accidentes, salud bucal, etc.). • Realizar una evaluación integral del desarrollo y crecimiento del niño o la niña. • Evaluar la calidad de las relaciones del niño o la niña con su entorno familiar, escolar y de amistades. • Anticipar las etapas normativas y dificultades esperables del período a la madre, padre o cuidadores principales. • Detectar tempranamente factores de riesgo o problemas de salud, para prevenir morbilidad y accidentes. • Detectar tempranamente enfermedades crónicas para tratarlas en forma oportuna, mejorando la calidad de vida y el pronóstico.	
Profesional	En establecimiento educacional	Médico o Enfermera/o más un Técnico en enfermería.
	En establecimiento de salud	Médico o enfermero
Consentimiento informado	En establecimiento educacional y en ausencia de los padres solo se puede realizar el control de salud con el documento firmado.	
Instrumento o herramienta a aplicar (en presencia o ausencia de los padres)	*En c/control*	Cuestionario de Salud Infantil
	5 y 6 años	Pauta de evaluación bucodentaria infantil
	5 años	Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.
	7 y 9 años	Tamizaje de Salud Mental.

Modalidad	Rendimiento	Acceso	Contexto	Material o cuestionario a entregar
Individual	2 por hora	Universal	En presencia de los padres (en centro de salud o escuela).	Cartillas o dípticos según la edad y pertinencia
Grupal	3 a 5 por hora	Universal	En ausencia de los padres (en escuela).	

Anamnesis

Antecedentes

- Revisar antecedentes médicos en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores.
- 5 y 7 años: revisar la asistencia a controles de salud bucal (4 y 6 años).
- Revisar el Cuestionario de Salud Infantil en conjunto con los padres, e indagar en los problemas identificados por los padres en la anamnesis y el examen físico, para realizar confirmación diagnóstica e ingreso a tratamiento.

Preguntas

Antes de realizar la anamnesis, ir a buscar al niño o la niña a la sala de espera, saludarlo por su nombre y ponerse a su nivel para interactuar con él o con ella antes de ingresar al box. Saludar a la familia e identificarse por el nombre y explicar brevemente qué se hará en la consulta ese día. En la edad escolar es importante incorporar al niño o la niña, conociendo sus dudas y opinión en los distintos temas.

- Preguntar al niño o niña si se siente bien y si tiene alguna duda (en lenguaje amigable, cercano y adecuado a su edad).
- Cosultar las dudas de la madre, padre y/o cuidadores principales.
- Cómo ha estado la familia, indagar si ha habido algún estresor importante o enfermedad del niño o niña desde el último control.
- Qué les gusta más de su hijo o hija y si hay dudas o preocupaciones en relación con su desarrollo, independencia y comportamiento.
- Preguntar dirigidamente sobre la alimentación:
    a. Número de comidas, horarios, su composición y variedad.
    b. Cuánta leche toma al día y su volumen.
    c. Si toma agua pura o si toma bebidas o jugos con azúcar.
    d. Si consume alimentos chatarra, golosinas o altos en grasas y sodio (sal).
- Frecuencia del lavado de dientes, tipo del cepillo utilizado, qué pasta dental usa en el lavado y si es supervisado por un adulto.
- Si tiene tatuajes, aros o piercing, en qué parte del cuerpo. En caso de existir, indagar el lugar en que se realizó el procedimiento y las características de este.
- Si realiza juegos o talleres de actividad física de al menos 60 minutos al día.
- En qué colegio va, qué nivel cursa, cuáles son las asignaturas que más le gustan y cuáles menos, cómo es el rendimiento escolar.
- Cómo se siente en el colegio, si le gusta o no, si tiene amigos, si algún compañero lo molesta y de qué manera (matonaje o bullying).
- Si tiene amigos fuera del colegio.
- Cómo es la relación con los profesores y otros funcionarios del colegio, si tiene dificultad en algún ramo y/o problemas de comportamiento.
- Preguntar a los padres, cómo se sienten con el colegio y si participan activamente.
- Si realiza actividades extraprogramáticas dentro o fuera de la escuela y cuáles son sus intereses.
- Si existen límites y consecuencias ante las faltas y si estos son conocidos y consensuados por toda la familia incluyendo al escolar.
- Evaluar que las sanciones sean equivalentes a la magnitud de la falta y adecuadas a la edad del niño o la niña.
- Cuáles son las medidas de seguridad en su vida habitual. Indagar específicamente en el uso de alzador y/o cinturón de seguridad para autos, protector solar, casco de bicicleta, seguridad en el agua, supervisión del uso del internet, juegos y chat, conocer dónde está y con quién está el hijo o hija.
- Cuánto tiempo al día está expuesto a pantalla (televisión, computador, tablet, teléfono, etc), contenidos.
- Si utiliza redes sociales (Facebook, Twitter, chat telefónicos, etc.), cuál ha sido la educación respecto a las precauciones para utilizarlos, qué información o imágenes se pueden compartir y cuáles son los mecanismos de supervisión por parte de los padres.
- Si durante la actividad física presenta tos, dificultad para respirar o silbidos en el pecho (sibilancia), si presenta antecedentes familiares de asma, sansación de pecho apretado.
- Si durante las horas del sueño presenta ronquido asociado a pausas respiratorias (de más de 15 segundos) o tos nocturna por períodos prolongados.
- Si el niño o la niña, sus padres o profesores, tienen alguna duda sobre su visión o audición.
- En aquellos casos en que se sospeche de que el niño o la niña presenta algún problema biopsicosocial se sugiere indagar utilizando cuestionario HEADSS modificado, de acuerdo con la capacidad cognitiva del niño o niña.
- *Niños y niñas que 2º básico* Preguntar si el niño o la niña recibió la vacuna en primero básico.

Examen físico y evaluación integral		
Evaluación de relación madre, padre e hijo o hija	- Evaluar si el niño o la niña se muestra independiente, cómo se dirige al evaluador, si es capaz de manifestar sus inquietudes y tiene un comportamiento adecuado a la situación. - Evaluar si la madre, padre y/o cuidadores principales se dirige con cariño al niño o niña, cómo es el estilo parental (si es receptivo a las solicitudes e inquietudes de su hijo o hija, si establece límites, etc.). - Evaluar si el niño o la niña se dirige a los padres y los busca en momentos de stress. - Evaluar si el niño o la niña habla con sus padres y si los padres explican y le anticipan lo que hará el profesional durante la consulta. - Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre.	
Antropometría	- Medición de talla. - Medición de peso. - Calcular IMC, ajustado a los grados Tanner (observado o reportado por los padres) - *Desde los 6 años:* medición de perímetro de cintura. - Registrar los puntos de peso y talla en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar la progresión de la curva.	
Piel	- Si hubiera nevos adquiridos describir apariencia, tamaño y ubicación en la ficha clínica. - Si hubiera manchas color café con leche o hipocrómicas, describir apariencia, número, tamaño y ubicación en la ficha clínica. - Descartar acantosis nigricans, especialmente en niños y niñas con malnutrición por exceso. - Descartar dermatitis de contacto, atópica o micótica. - Descartar lesiones autoinfringidas. - En caso de que existen *tatuajes o piercing*, descartar infección o reacciones alérgicas. Cabeza: descartar zonas de alopecia y/o pediculosis	
Ganglios	- Presencia de adenopatías, caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). ○ Ante hallazgo de adenopatías: búsqueda de otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equímosis) y hepato o esplenomegalia.	
Desarrollo puberal	En presencia de los padres o tutor y con consentimiento del escolar	- Revisar las respuestas del Cuestionario de Salud Infantil completado por los padres o tutores y evaluar directamente el grado Tanner: Niñas: ○ Botón mamario (normal en niñas desde los 8 años). ○ Vello púbico (extensión, densidad y textura). Niños: ○ Desarrollo puberal y peneano. ○ Vello púbico (extensión, densidad y textura).
	En ausencia de los padres o tutor	- Revisar las respuestas del Cuestionario de Salud Infantil completado por los padres o tutores

Genitoanal	En presencia de los padres o tutor y con consentimiento del escolar	Revisar las respuestas del Cuestionario de Salud Infantil completado por los padres o tutores y: - Ano: descartar irritación anal anormal, alteraciones del reflejo anal, presencia de lesiones, de huevos o parásitos visibles, deposiciones escurridas, fecaloma visible. - Niños: descartar fimosis e inflamación del glande o secreción de mal olor, descartar masas palpables inguinales o escrotales. - Niñas: descartar sinequias y secreción anormal.
	En ausencia de los padres o tutor	- Revisar las respuestas del Cuestionario de Salud Infantil completado por los padres o tutores
Ortopedia	- Evaluar la marcha o Simétrica y estable o Descartar claudicación, marcha en punta de pie (marcha equina) o en talones (posición talo). - Evaluar genu valgo fisiológico (simétrico). - Realizar el Test de Adams de columna. - Pie plano flexible fisiológico. - Descartar pie plano rígido o pie plano flexible doloroso.	
Tórax	Si el control es realizado por un médico o profesional entrenado, - Auscultación cardíaca. - Auscultación pulmonar.	
Abdomen	- Descartar masas abdominales y visceromegalias.	
Bucodental	- Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, encías, lengua y piso de boca. 5 a 6 años: evaluar dentición temporal completa. 5 a 7 años: Evaluar inicio de recambio de dientes, comenzando con la erupción de incisivos y primeros molares. 6 y más años: evaluar secuencia de recambio dentario según la edad media de erupción de piezas permanentes (Ver subsección "*Recambio dentario*", Capítulo 2)	
Oftalmológico	- Test de Hirschberg, en caso que exista duda de estrabismo realizar Test de Cover. - Observar si hay secreción ocular o epífora. - 5 años: evaluar la agudeza visual con el tablero Tumbling-E. - Desde los 6 años: evaluar la agudeza visual con el tablero Snellen.	
Auditivo	- Si el control es realizado por un médico o profesional entrenado, realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio.	
Presión	- Toma de presión arterial (idealmente con al menos cinco minutos de reposo previo y con mango adecuado a la dimensión del brazo cuyo ancho cubra 2/3 del mismo).	
Señales de maltrato o abuso sexual	- Lesiones en el niño o la niña más graves de lo esperado por la historia entregada por los padres. - Múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención médica. - Sospechar maltrato físico si existen fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitios inhabituales. - Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica.	

a. Nutricional:
   - *5 años:* eutrofia, sobrepeso, obesidad, riesgo de desnutrir, desnutrición
   - *6 a 10 años*: bajo peso, peso normal, riesgo de obesidad y obesidad).
b. Desarrollo motriz, cognitivo y socioemocional
c. Problemas de salud detectados.
d. Diagnóstico familiar.
e. Diagnóstico social.

Banderas rojas	
Señal de alerta	Acciones a seguir
Evaluación Nutricional en niños y niñas de 5 años	
Niño o niña eutrófico con dos o más factores de riesgo por malnutrición por exceso	- Derivar a un taller grupal donde se eduque respecto de hábitos saludables de alimentación y actividad física (1 sesión). - Elaborar un plan trabajo consensuado y adecuado a la familia para prevenir malnutrición por exceso.
Mal nutrición por exceso	- Derivar a Nutricionista para una atención en un plazo no mayor a 1 mes. - Consejería en estilos de vida saludable.
Riesgo de desnutrir	- Descartar la posibilidad de delgadez constitucional como causa frecuente de riesgo de desnutrir (Normal, no patológico), evaluando la curva de crecimiento con peso en -1DS en forma sistemática luego de los 6 meses de vida y antecedentes familiares de delgadez constitucional. - Derivar a Nutricionista para atención en un plazo no mayor a 15 días, quien ingresará a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. - Derivar a Médico en un plazo no mayor a 1 mes para evaluación.
Desnutrición	- Recolectar la siguiente información para anexar a la derivación: ○ Evaluar el contexto psicosocial familiar y del entorno, para la elaboración de plan de trabajo consensuado con la familia, y cuando sea necesario reunión del equipo de cabecera, derivación a asistente social y/o vinculación con la red Chile Crece Contigo. ○ Analizar la historia médica del niño o niña y de la gestación, en búsqueda de posibles causas orgánicas de desnutrición. - Derivar a Nutricionista para atención en un plazo no mayor a 48 horas, quien ingresará a PNAC de refuerzo y elaborará un plan de intervención. - Derivar a Médico en un plazo no mayor a 7 días para evaluación, solicitud de exámenes cuando sea necesario y/o eventual derivación a nivel secundario.
Talla baja (≤ 2 DS)	- Derivar a Médico para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía, obesidad, retardo mental, crecimiento menor a 75% de lo esperado para su edad en más de dos controles sucesivos, presencia de enfermedad crónica (cuadros diarreicos o cuadros bronquiales a repetición), talla < -3 DS (enanismo) o alteración de las proporciones corporales.
Talla alta (≥ 2 DS)	- Evaluar la carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a Médico para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación la existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales.

Evaluación Nutricional en niños y niñas de 6 a 9 años	
IMC < P10 bajo peso	- Consejería de alimentación y actividad física. - Derivar a Médico, para: ○ Evaluar de posible delgadez constitucional de acuerdo a la progresión de la curva de peso y talla (P/T) y antecedentes familiares de delgadez constitucional. ○ Descartar patología orgánica. ○ Descartar trastorno de alimentación. ○ Generar eventuales derivaciones a atención psicosocial, nutricional y/o a nivel secundario.
IMC entre p 85 y < p 95 riesgo de obesidad	- Consejería de alimentación y actividad física. - Vincular con la red escolar, municipal u otras para aumentar la actividad física diaria (60 o más minutos al día).
IMC > p 95 obesidad y/o perímetro de cintura ≥ p90 y/o acantosis nigricans sin factores de riesgo familiar	- Consejería de alimentación y actividad física. - Vincular con la red escolar, municipal u otras para aumentar la actividad física diaria (60 o más minutos al día). - Verificar percentil de presión arterial, si es sobre p 90 citar a toma de presión seriada (3 tomas en total). - Derivar a Médico para evaluación y solicitud de exámenes (perfil lipídico y glicemia en ayunas) orientados a descartar síndrome metabólico.
IMC ≥ p 95 Obesidad y/o Perímetro de cintura sobre el p90 más factor de riesgo	*Factor de riesgo: Al menos uno de los siguientes antecedentes en padre, madre, hermanos o abuelos:* ○ Obesidad. ○ Dislipidemia. ○ DM2. ○ Infarto al miocardio o accidente vascular encefálico antes de los 55 años. - Verificar el percentil de presión arterial, si es sobre p 90 citar a toma de presión seriada (3 tomas en total). - Derivar a Médico para evaluación y solicitud de exámenes (perfil lipídico y glicemia en ayunas) orientados a descartar síndrome metabólico. - Derivar a Programa Vida Sana, para recibir intervención multidisciplinaria de atenciones individuales, grupales y sesiones de actividad física (Duración 4 meses) u otro programa o profesional según oferta local.
Banderas rojas de 5 a 9 años	
Estilos de vida no saludables (alimentarios o actividad física)	- Realizar consejería familiar, evaluando etapas del cambio [34]. - Entregar herramientas prácticas y guías sobre alimentación y actividad física para cada edad
Talla baja 5 años ≤ 2 DS 6 a 9 años ≤ p5	- Derivar a médico para evaluación, quien considerará la derivación a nivel secundario ante dismorfias o sospecha de genopatía, obesidad, retardo mental, crecimiento menor a 75% de lo esperado para su edad en más de dos controles sucesivos, presencia de enfermedad crónica (cuadros diarreicos o cuadros bronquiales a repetición), talla < -3 DS (enanismo) o alteración de las proporciones corporales.
Talla alta 5 años ≥ 2 DS 6 a 9 años ≥ p95	- Evaluar la carga genética y si la talla alta es discordante, derivar a Médico para evaluación. Consignar como antecedentes en la derivación la existencia de signos de pubertad precoz y/o señales de desproporciones corporales.

34 Ver página 18-20 "Etapas del Cambio (ECC) o Modelo Transteórico de Cambio (MTTC)" y Capítulo 6 Fases de la Consejería" de la Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes (2011)

Dificultad del niño o niña para establecer relaciones interpersonales	- Recomendar a los padres incenticar al niño o la niña participe de actividades con pares estructuradas (talleres, scout, etc). - Enseñar a sus hijos o hijas habilidades sociales a través del ejemplo, tales como resolver conflictos en forma adecuada y realizar conductas pro-sociales. - Si las dificultades para establecer relaciones interpersonales persisten, derivar a consulta de salud mental.
Conners ≥ 15 puntos (de 9 y 7 años, se puede aplicar desde los 6 años)	- Derivar a Médico, adjuntando la evaluación de padre, madre o tutor y de profesores y antecedentes escolares, para descarte de hiperactividad o eventual derivación a neurología. - Entregar recomendaciones para la escuela. - Vincular con Programa de Habilidades para la Vida (JUNAEB) cuando esté presente en la Escuela.
Presencia de síntomas de enfermedad	Ante tos, fiebre, compromiso del estado general, rechazo alimentario o dificultad respiratoria (polipnea, retracciones costales, cianosis), diarrea, sospecha de deshidratación u otros signos de gravedad, derivación inmediata a Médico para diagnóstico e indicación de tratamiento.
Problemas de salud mental	Dentro de los problemas de salud mental comunes en este período se encuentra: o Trastorno de conducta o Trastorno de ansiedad de separación. o Trastorno de ansiedad generalizada. o Bullying y Matonaje. o Problemas de integración social. o Trastornos del Espectro Autista o profundos del desarrollo o Problemas de la conducta alimentaria. o Otros problemas de salud mental. - Consulta de salud mental (Ver sección “Problemas de salud mental frecuentes en la infancia”, Capítulo 5): - Derivación a Consulta de Salud Mental.
Consumo de alcohol y/o drogas	- Derivar a médico para confirmación diagnóstica. - El médico que confirme el diagnóstico debe informar de los beneficios del GES “Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años” al tutor y completar dos copias del “formulario de constancia al paciente GES”; una para el Centro de Salud y otra para la familia.
Sin vacuna de 1º básico (niños y niñas que cursan 2º básico)	- Consejería respecto a los beneficios individuales y responsabilidad social asociada a la vacunación. - Derivar al vacunatorio del Centro de Salud para administración de vacuna.
Enuresis, encopresis, vulvovaginitis, balanitis, dolor al orinar, sospecha de parasitosis, picazón anal o genital, deposiciones o escurrimiento fecal	- Derivar a Médico para confirmación diagnóstica, estudio de causa e indicar tratamiento y eventual derivación a nivel secundario.

Presencia de piojos	Indicar tratamiento: - El tratamiento debe ser familiar (todos los que viven bajo el mismo techo), aunque no tengan parásitos evidentes. - Utilizar una loción de permetrina al 1%, si no hubiera se puede usar un champú de la misma concentración y compuesto. - Aplicar los productos sobre el cabello y cuero cabelludo seco (más efectivo que mojado). - Dejar actuar el producto durante 6 horas. - Enjuagar con una mezcla de 1 cucharada sopera de vinagre disuelta en un litro de agua. - Pasar un peine metálico especial para desprender liendres. - Cambiar y lavar la ropa de cama, peines y peluches con agua caliente (sobre 60 grados) o aislar en bolsa plástica por 10 días. - Repetir la aplicación después de 7 días. - Indicar NO utilizar lindano, parafina, bencina, aguarras, repelente de insectos, etc., porque estos productos son tóxicos para el niño o la niña y pueden tener efectos adversos.
Niñas y niñas con desarrollo puberal precoz	Niñas menores de 8 años y niños menores de 9 años con Tanner II o mayor (vello púbico, crecimiento mamario o testicular) y niñas menores de 10 años con menstruación: - Derivar a Médico para confirmación diagnóstica y derivación a nivel secundario.
Presencia de olor axilar antes de los 6 años	- Derivar a Médico para confirmación diagnóstica de adenarquia precoz y eventual derivación a nivel secundario.
Inasistencia al colegio	Indagar en las razones y cuáles serían los factores que facilitarían su incorporación al sistema escolar: - Consejería respecto a los beneficios de completar los estudios formales. - Indicar que serán contactados por el Departamento de Educación Municipal el cual apoyará a la familia para la inserción escolar. - Contactar a Asistente Social del CES para vinculación alertar al Departamento de Educación Municipal respecto al caso.

Señales de maltrato y/o abuso sexual	- Solicitar apoyo de otro profesional del equipo de salud para diagnóstico clínico
	- Determinar el riesgo vital del niño o la niña
	- Determinar si el maltrato es constitutivo de delito (el abuso es constitutivo de delito)
	  ○ En caso de maltrato sin abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica “Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores”
	  ○ En caso de maltrato con abuso sexual: Proseguir según Guía Clínica “Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual”

Presencia de sibilancias u otro signos de asma bronquial	Sospecha de asma bronquial - Derivar a Médico de APS para confirmación diagnóstica dentro de los siguientes 20 días e inicio del tratamiento dentro de los 30 días siguientes luego de la confirmación diagnóstica. - El Médico que confirme el diagnóstico debe informar de los beneficios del GES “Asma bronquial moderada o grave en menores de 15 años” al tutor y completar dos copias del “formulario de constancia al paciente GES”; una para el Centro de Salud y otra para la familia. - Si requiere atención con especialista, dar acceso dentro de los siguientes 30 días posteriores a la derivación por el médico APS.

Ronquidos con pausas (apneas) respiratorias	- Si duran más de 15 segundos, derivar a otorrinolaringólogo para evaluación
Traumatismos dentales, pulpitis, flegmones y complicaciones post exodoncia o caries dolorosas	- Derivar a GES de urgencia odontológica ambulatoria.
Pauta de evaluación bucodentaria alterada	Ante puntaje mayor a 3, consignar en la ficha clínica el resultado y la necesidad de aplicación de una evaluación bucodentaria en los siguientes controles hasta los 6 años. - Si en más de tres oportunidades el puntaje supera a 3: o En niños y niñas de 5 años, derivar a Odontólogo e indicar medidas generales indicadas en la bandera roja de "Alteraciones examen bucal". o En niños y niñas de 6 años, derivar a GES Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años.
Otras alteraciones del examen bucal	- Revisar los resultados de la pauta de evaluación bucodentaria y generar plan de acción según riesgos detectados. - Reforzar los hábitos de cepillado de dientes después de cada comida. - Evitar el consumo de comidas y bebidas azucaradas entre las comidas principales. - Verificar si consume medicamentos que contengan azúcar e indicar cepillar los dientes posteriormente a su ingesta. - Dar consejos según "Pautas de evaluación bucodentaria para niños y niñas de 0 a 6 años" (Ver anexo 6).
Alteración en Test de Tumbling E o Snellen	- Derivar a médico para eventual derivación a Oftalmólogo para evaluación visual completa.
Estrabismo	- Derivar a interconsulta a Oftalmólogo para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 90 días, por sospecha de enfermedad AUGE (Estrabismo en menores de 9 años).
Pie plano patológico	- Derivar a médico para eventual derivación a Traumatólogo infantil
Asimetría o claudicación en la marcha	- Si la cojera es de reciente inicio, evaluación Médica inmediata y eventual derivación a urgencia.
Sospecha de prehipertensión (PA >p90 a <p95), corregido por talla	- Confirmar o descartar diagnóstico, promediando el resultado de al menos 3 tomas de presión en semanas consecutivas. - Si se confirmar prehipertensión: o Indicar medidas generales (mantener un peso adecuado, dieta hiposódica, actividad física de al menos 1 hora diaria y alimentación saludable). o Citar para revaluación de presión arterial cada 6 meses.
Sospecha de hipertensión etapa 1 (PA >p95 a < p 99+ 5mmHg), corregido por talla	- Confirmar o descartar diagnóstico, promediando el resultado de al menos 3 tomas de presión en semanas consecutivas. - Si se confirma hipertensión etapa 1: o Derivar a cardiólogo o nefrólogo pediátrico para evaluación o Indicar medidas generales (mantener un peso adecuado, dieta hiposódica, actividad física de al menos 1 hora diaria y alimentación saludable).
Hipertensión etapa 2 (PA > p 99 o + 5mmHg), corregido por talla	- Con o sin síntomas, derivar a Urgencia (el niño o niña debe ser estabilizado inmediatamente)

Zona de tatuajes, aros y/o piercing inflamada, granulosa o infectado	- Derivar a médico para eventual y eventual derivación a dermatología.
Dermatitis atópica o alérgica	- Indicar medidas generales, baños cortos con agua tibia (no muy caliente), hidratación diaria con crema hipoalergénica, ropa 100% de algodón sin broches metálicos, lavado de ropa con detergente hipoalergénico y sin suavizante, evitar alérgenos (perfumes, colonia desodorante ambiental, polvo, animales, alfombra, etc.).
Nevos adquiridos	Si es asimétrico, tienen bordes irregulares, color heterogéneo o diámetro mayor a 6 mm o va acompañado de picazón o sangrado: - Derivar a médico para eventual derivación a dermatología.
Presencia de adenopatías	Si esto tienen un tamaño > a 2 cm, se ubican en la zona supraclavicular, múltiples grupos comprometidos o no está asociado a síntomas de infección respiratoria: - Derivar a médico para estudio de la adenopatía, diagnóstico y tratamiento y eventual derivación al nivel secundario.
Sospecha de neurofibromatosis tipo 1	Si, existen 6 o más manchas color café con leche - Tener un familiar de primer grado con neurofibromatosis tipo 1. - 2 o más neurofibromas (pápula blanda color piel sésil o pedicular) o de cualquier tipo o un neurofibroma flexiforme (masas ubicadas en la vecindad de nervios periféricos con la apariencia de «saco de gusanos»). - Efélides (pecas) en región de axilar o inguinal. En estos casos derivar a Neurólogo infantil.
Sospecha de cardiopatía congénita	- Derivar a interconsulta a cardiólogo o pediatra con entrenamiento cardiológico para confirmación diagnóstica. - Ingresar el caso a SIGGES para acceso a diagnóstico dentro de los próximos 180 días (6 meses), por sospecha de enfermedad AUGE (cardiopatía congénita operable en menores de 15 años).
Sospecha de criptorquidia o hernias	- Derivar a Médico para confirmar el diagnóstico y eventual a Cirujano infantil o Urólogo infantil.
Fimosis	- Derivar a Médico para tratamiento y eventual derivación a Cirujano o Urólogo infantil.
Otros problemas psicosociales	- Realizar un plan de trabajo familiar y considerar la necesidad de prestaciones diferenciadas (reunión con el equipo de cabecera, visita domiciliaria integral, etc).

Es fundamental que los niños y niñas que presenten algún problema de salud (detallados en las banderas rojas u otros) sean derivados oportunamente a consulta, en los plazos y por el profesional más idóneo al problema detectado y recursos disponibles. En los casos de problemas graves, asegurarse que las derivaciones sean efectivas.

Indicaciones

Indicar el uso de SALUD RESPONDE 600 360 7777 en caso de dudas o necesidad de orientación (incluyendo urgencia) en relación a la salud del niño o la niña.

Indicaciones en presencia de la madre, padre o cuidadores principales

Los niños y las niñas aprenden casi todo observando lo que hacen y dicen otras personas, especialmente sus padres, madres y cuidadores. La mejor manera de educar e inculcar hábitos y costumbres en los niños y las niñas es a través del ejemplo. La madre, padre o adultos significativos deben modelar la conducta que esperan ver en los escolares.

Reforzar hábitos saludables

Alimentación:

- Indicar 4 comidas al día: desayuno, almuerzo, once y cena.
- Recalcar la importancia de comer en familia.
- El desayuno es fundamental a esta edad y debe incluir un lácteo descremado, pan (una rebanada con acompañamiento) y fruta.
- Las colaciones idealmente deben ser enviadas desde la casa, privilegiando frutas, lácteos descremados o panes pequeños.
- Reforzar el consumo de agua potable sin agregados.
- Almuerzo y cena balanceadas (Ver sección “Alimentación y suplementación”, Capítulo 5)
- Evitar la “once-comida” en reemplazo de la cena.

Actividad física:

- Fomentar la actividad física diaria de al menos 60 minutos, en el colegio o extraescolares.

Actividades extraprogramáticas

- Según los intereses y horario de cada niño o niña, fomentar la participación en grupos que puedan permitir conocer a otros niños y desarrollar sus habilidades.

Salud bucal:

- Lavado de dientes después de cada comida con cepillo de cerdas suaves.
- Se sugiere que el lavado de dientes sea supervisado y ayudado por un adulto hasta que sepa escribir bien (moticidad fina).
- *Hasta los 5 años 11 meses:* cepillado de dientes con pasta fluorada de 400-500 ppm,
- *A partir de los 6 años:* cepillado de dientes con pasta fluorada de 1.000 a 1.500 ppm.
- *A los 6 años derivar a atención Odontológica* (GES - Salud oral integral para niños de 6 años)

Cuidado de la piel

- Uso de bloqueador solar todo el año, independiente del clima en todas las áreas fotoexpuestas, hipoalergénico y factor solar sobre 30 SPF. Aplicar al menos 20 minutos antes de la exposición y repetir cada dos horas.
- Evitar exposición al sol entre las 11 y 16 horas.
- *A todo escolar con tatuajes o piercings,* indicarle que para prevenir infecciones o contagio de enfermedades como el VIH o hepatitis B u otras, los procedimientos deben realizarse en las siguientes condiciones:
  - En establecimientos autorizados por la Autoridad Sanitaria Regional.
  - Verificar que la persona que realiza el procedimiento esté autorizada por la SEREMI de Salud y esté vacunada contra la hepatitis B.
  - Comprobar que el material cortopunzante que estará en contacto con piel o mucosas sea desechable y de uso único.
  - Comprobar que el material no cortopunzante reutilizable que entre en contacto con sangre durante el procedimiento, sea lavado y esterilizado antes de ser utilizado en otra persona.

Prevención del consumo de tabaco y alcohol:

- Evitar exponer al niño o la niña a lugares donde se consuma tabaco tanto abiertos como cerrados, explicar que los padres son un modelo en el consumo de tabaco y alcohol. Motivar a la madre, padre o cuidadores a dejar el consumo de tabaco, explicarles a los niños y las niñas qué les pueden ofrecer tabaco, alcohol o drogas, educarles sobre las consecuencia del consumo y cómo decir que no.

Prevención de trauma acústico:

- Indicar escuchar música a no más del 75% del volumen del reproductor, por períodos cortos y usando audífonos supra-auriculares (con cintillo), pues disminuyen la intensidad del sonido en 12 decibeles y atenúan mejor el ruido ambiental.

Uso de pantallas: Fomentar el uso adecuado y seguro, siguiendo las recomendaciones [72] [73]:

- Mantener televisión, computadoras y los equipos de juego fuera de la habitación del niño o la niña, instalarlos en zonas comunes, donde se puedan ser vistos mientras que los utilizan.
- No superar las 2 horas diarias y establecer horarios de exposición, de modo de asegurar que los contenidos de los programas disponibles sean adecuados o que no interfieran con sus horas de sueño.
- Conocer los sitios web y aplicaciones telefónicas que utilice el niño o la niña, especialmente aquellos donde pueden exponer información personal.
- Conocer a las personas con las que se vincula el niño o niña por medio de internet, asegurarse que no sean desconocidos, aunque aparenten ser niños o niñas, dado que muchas veces hay personas adultas que simulan serlo para acercarse y obtener información o fotografías de ellos o ellas.
- Indicar que internet es una gran herramienta, pero que debe ser usada de manera segura, por lo tanto se debe enseñar al escolar que mantenga oculta su información personal, ni aceptar a personas que no conozcan en redes sociales.
- Advertir sobre la presencia de páginas engañosas que llevan a contenidos inapropiados o riesgosos.
- Evitar publicar fotos de ellos o los amigos online o en chats, sacarse fotos sexualmente explícitas.
- Enseñar que toda información publicada online puede ser vista, adulterada y utilizada por cualquiera.
- Si alguna vez desea conocer a algún amigo o amiga virtual, siempre debe ser acompañado por un adulto.
- Enseñar a los niños y las niñas que si experimentan alguna situación indeseada en Internet o en otras redes sociales deben comunicarlo a sus padres o cuidadores, sin importar la información que hayan compartido.
- En caso de que el niño o la niña se vea en problemas dado al uso indebido de las redes sociales: evitar sancionar por comunicar problemas, proteger al niño o niña, reforzar la conducta de informar a los padres.

Prevención de accidentes,

- Usar alzadores (desde 18 kilos), cinturón de seguridad (desde 36 kilos) en asiento trasero, uso de cascos para bicicletas, enseñar y respetar las normas del tránsito, para más detalle ver sección prevención de accidentes.

Salud socioemocional

- Incentivar que el niño o la niña tenga amigos y amigas y que se involucre en actividades sociales considerando sus gustos y preferencias, a través de las visitas a casa de amigos, asistir a cumpleaños y actividades extraprogramáticas en la escuela.
- Enseñar al niño o la niña a hacer respetar sus derechos y los de los demás.
- Indicar a la familia que las restricciones y protección deben ser las mismas para las hijas y los hijos, independiente de sexo.
- Recomendar que los padres presten atención a su hijo o hija, y considerar sus opiniones en la toma de decisiones.
- Incentivar la reflexión respecto a valores sociales (tolerancia, disciplina, honestidad, solidaridad, diversidad, etc.) estableciendo conversaciones cotidianas a partir de ejemplos, noticias y situaciones de interés.
- Escuchar e involucrarse en las actividades cotidianas del niño o la niña, incentivar que cuente las actividades, anécdotas, conflictos y dificultades que se hayan presentado durante el día. Preguntar de manera abierta "¿Qué hiciste hoy?" es importante escucharlo con atención y no interrumpir, ya que esto inhibe la confianza desde la perspectiva del niño/a. Para los escolares, en esta etapa es importante que los escuchen y aconsejen sobre todo respecto a cómo enfrentar y resolver conflictos con sus compañeros o profesores.
- Mediar los conflictos del niño o niña con otros compañeros o amigos, conversando directamente con los otros padres o profesores. Para ello se debe escuchar las versiones de todas las partes, validar las necesidades de quienes han estado en el conflicto, visualizar si se han producido daños o agresiones e incentivar la expresión de disculpas o formas de reparación, buscando una solución concreta al conflicto. Estas estrategias son un modelo positivo de mediación de conflictos para el escolar y evitan el uso de estrategias coercitivas o pasivas de afrontamiento.
- No solicitar al niño o niña que guarde secretos u oculte información a otros adultos.

Establecer límites, algunas de las recomendaciones y consejos útiles son [74]:

- Es importante establecer reglas y ayudar a sus hijos e hijas a cumplirlas para enseñarles a comportarse cooperativamente. Los niños y niñas se sienten más seguros si saben que existen límites, reglas y si éstas están claras.
- Progresivamente debe entregarse más autonomía en la medida de que en niño o la niña vaya madurando y mostrando mayor responsabilidad ya autonomía.
- Repetir y explicar las reglas a menudo, esto permitirá que el niño o niña vaya memorizando e interiorizando las reglas.
- Reforzar que es posible ayudar a sus hijos o hijas a comportarse positivamente sin pegarles, gritarles, retarles ni malcriarles. Es importante indicar que la violencia física (golpear, tironear, empujar, etc.) y psicológica (insultar, burlarse, etc.) no son maneras sanas de establecer límites, ya que:
  - Dan un mal ejemplo, demostrando su descontrol por la rabia, mientras que lo que se espera es que aprendan a controlarse.
  - El niño o la niña desarrolla enojo y/o miedo hacia la persona que les pega, lo cual causa un distanciamiento y sensación de desprotección, reflejada en conductas tales como no pedir ayuda a los adultos cuando lo necesite, mentir para no ser castigados, etc.
- Consensuar las normas de crianza y límites con la familia, cuáles serán las conductas prohibidas, cuáles serán restringidas y cuáles son las esperadas. Además dejar claras las consecuencias (ya sean castigos o refuerzos) que tendrán las acciones. Si existen abuelos u otras personas adultas que queden al cuidado del niño o la niña, es necesario unificar los límites que ellos establecerán con el niño o la niña. Dar a conocer a los niños y niñas qué se espera de ellos y cuáles son las sanciones ante el no cumplimiento. Esto

permite que en los momentos en que no se cumplen las reglas, el adulto no pierda el control y sepa cuál es la sanción, que a su vez ya es conocida por el niño o niña.

- Indicar que los castigos deben ser consistentes y proporcionales a la falta. Evitar castigos cuando se está enojado, dado que generalmente el castigo suele ser desproporcionado y cuando pasa la reacción emocional se dan cuenta que han exagerado, sintiéndose culpables y levantando el castigo.
- Ayudar a los niños y niñas a portarse bien, elogiándolos y prestándoles atención cuando se portan bien o en forma cooperativa. Indicar que un niño o una niña no se malcría porque los padres, madres y cuidadoras(es) le den un gusto o una recompensa que consideren adecuado. Pero sí sucede, cuando obligan a los adultos a darles en el gusto aunque saben que realmente no deberían hacerlo. No espere hasta que hagan algo malo para entonces castigarlos o darles atención, porque aprenderá que portarse mal sirve para que usted se ocupe de él o ella.
- Criticar las conductas, pero no la identidad del niño o la niña cuando este no sigue normas o actúa incorrectamente, por ejemplo: “dejaste todo desordenado, debes recogerlo” y no “eres un desordenado”.
- No haga caso a los comportamientos irritantes, cuando se empieza a ignorar los comportamientos irritantes, por un tiempo el niño o la niña intensificará la conducta y luego al no recibir atención de este modo la abandonará definitivamente.

Hábitos de estudio

- Se sugiere tener un lugar bien iluminado y cómodo, libre de distracciones como la televisión y apoyarlo cuando lo requiera. Establecer rutinas para realizar las tareas.
- Fomentar asertivamente un buen rendimiento escolar, reforzar los logros escolares en función de las capacidades y ritmos individuales de cada niño o niña. Evitar presionar a través de la amenaza de “quitar cosas”, castigo, los chantajes o comparar con otros compañeros con mejores notas, ya que estas estrategias intensifican la asociación negativa hacia las actividades de aprendizaje escolar.

Anticipar y responder dudas respecto al desarrollo puberal (Ver sección *“Desarrollo Puberal”*, Capítulo 2):

- El desarrollo mamario de las niñas puede comenzar desde los 8 años (promedio 9 años) y ser asimétrico. Se espera la llegada de la menstruación aproximadamente 2 años después del inicio del desarrollo mamario. durante este período acontecerá un gran crecimiento en las niñas.
- El desarrollo testicular de los niños puede comenzar desde los 9 años (promedio 11 años 6 meses). El crecimiento se inicia de manera más tardía que las niñas.
- En la esfera socioemocional pueden mostrar mayor independencia, ser desafiantes con sus figuras de autoridad y las relaciones con los amigos y compañeros se vuelven más estrechas y complejas, afectándoles más problemas sociales.
- Puede importarle más su cuerpo y su imagen corporal.
- Es necesario respetar su espacio para que el niño o la niña esté solo en la media que lo requiera.

Indicaciones en ausencia de la madre, padre o cuidadores principales (contexto escolar)

A. Los diagnósticos e indicaciones deben ser enviados por escrito a los padres o tutores.

- El diagnóstico debe ser claro y con letra legible.
- En caso de niños o niñas en que se detecten banderas rojas, debe notificarse por escrito a los padres indicando el problema detectado y las conductas a seguir.
- En caso de existir problemas de salud generalizados a nivel curso se sugiere informar a los profesores para empoderarlos en los temas y elaborar un plan en conjunto salud-educación.

B. Entregar indicaciones promocionales y preventivas en forma grupal en conjunto con el profesor de acuerdo al rango etario y a los problemas más prevalentes detectados, según recomendaciones entregadas en este documento y otras normativas u orientaciones vigentes:

- Guías anticipatorias para cada edad: Que esperar en lo físico, emocional y cognitivo. Incluir cambios puberales
- Alimentación saludable.
- Actividad física diaria (vincular con recursos de la escuela o del municipio)
- Protección de radiación solar
- Prevención de uso de alcohol y drogas.

- Salud mental:
  - Comunicación efectiva con padres, profesores y amigos, liderazgo, enfrentamiento de matonaje, autocuidado (vincular con Programa de Habilidades para la Vida cuando este exista en la escuela).
- Salud Oral:
  - Correcto cepillado y cuidado de los dientes.
  - Los niños y niñas de 6 años debe ser derivados a odontólogo según GES - Salud oral integral para niños de 6 años.
- Prevención de accidentes y disminución de riesgos:
  - Seguridad en el uso de Internet.
  - Seguridad en vehículos: alzadores y cinturón de seguridad.
  - Seguridad en rodados (bicicletas, skates): uso de cascos, uso de rodilleras.
  - Seguridad al escuchar música: uso seguro de audífonos y volúmenes al cual deben utilizarse
- Promoción de la salud y prevención de conductas de riesgo
- Otros temas que sean atingentes al grupo a intervenir

Citas y derivación	
5,6,7,8 años	- Citar a próximo control según calendario del Programa Nacional Salud de la Infancia.
9 años	- Derivar al Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes y citar a control según calendario.

CONSULTA DE SALUD BUCAL DE LOS 6 AÑOS

Período	6 años a 6 años 11 meses 29 días
Objetivos	• Fomentar hábitos saludables de cuidado bucal, considerando aspectos culturales, socioeconómicos y familiares. • Identificar factores de riesgo y protectores del contexto individual, familiar y comunitario para el desarrollo de patologías bucales. • Realizar diagnóstico oportuno de patologías bucales en dientes temporales que permita planificar su conservación hasta la exfoliación natural. • Evaluar el desarrollo del sistema estomatognático a través de un examen bucal odontológico cercano y amigable. • Planificar y realizar procedimientos recuperativos de acuerdo a las necesidades de cada niño o niña. • Aplicar medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados. • Realizar pesquisa precoz de patologías bucales en dientes permanentes.
Profesional	Odontólogo y personal auxiliar de odontología

Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material o cuestionarios a entregar
2 por hora	Universal	Individual	Material educativo pertinente

Anamnesis

Antecedentes

- Revisar antecedentes médicos en la ficha clínica e información de los controles de salud anteriores.
- Revisar antecedentes del control de salud bucal de los 2 y 4 años.
- Revisar registro y nivel de riesgo detectado a través de pautas de evaluación bucodentaria (aplicada en control de salud infantil).

Preguntas

- Hábitos de alimentación: consumo de golosinas, comida chatarra, bebidas azucaradas.
- Por el consumo de medicamentos que contienen azúcar.
- Hábitos de higiene: frecuencia y forma de cepillado, tipo de cepillo y uso de pasta de dientes fluorada de 1.000 a 1.500 ppm.
- Por factores protectores: Hasta qué edad dio lactancia materna exclusiva y complementada y si consume agua de la llave.
- Al detectar factores de riesgo de patologías bucales, preguntar cuáles podrían ser barreras o facilitadores para disminuir o eliminar los riesgos encontrados.
- Por historia de dolor dental.
- Indagar en prácticas de cuidado dental en el establecimiento educacional, como: aplicación de barniz fluor, cepillado de dientes después de las comidas, educación en salud bucal a niños, niñas o apoderados, tipo de colación, etc.

Examen Físico

Antes de inicar la consulta explicar al niño o la niña los procedimientos que se van a realizar de para evitar miedo, llanto o resistencia al examen.

Examen físico general	- Observar marcha, alteraciones y asimetrías posturales. - *En posición de examen odontológico (sillón dental, técnica rodilla rodilla o en brazos del cuidador):* examinar cuello, tiroides, ganglios, ATM (Articulación Temporomandibular), músculos periorales, piel y simetría facial.

Examen de funciones básicas de la cavidad bucal	Evaluar deglución y pronunciación: - Descartar interposición lingual. - Evaluar pronunciación: Descartar factores bucales asociados. Ej: frenillo bucal y/o lingual corto. Descartar respiración bucal
Examen intraoral	- *Mucosas*: evaluar faringe, paladar, lengua, piso de boca, frenillos, cara interna de mejillas, vestíbulo. - *Encías:* evaluar color, forma, tamaño y presencia de signos de inflamación. - *Dientes:* evaluar proceso de erupción y estado de los dientes (índice ceo: número de dientes temporales cariados extraídos y obturado). - *Oclusión:* evaluar crecimiento y desarrollo maxilar. Analizar secuencia de erupción y exfoliación, línea media, over-bite, over-jet, relación molar, relación canina.
Exámenes complementarios	La radiografía debe utilizarse solo cuando existe la posibilidad de un beneficio para el paciente - *Radiografías intraorales:* la indicación de tomar radiografías se debe realizar una vez que se ha practicado el examen clínico, se ha analizado la historia del paciente, revisado radiografías antiguas, estimado el riesgo cariogénico y se ha considerado la salud general del niño o la niña.

Diagnóstico

a. Desarrollo del sistema estomatognático
b. Hábitos de salud bucal, identificando factores protectores o de riesgo asociados a alimentación y lactancia, higiene bucal (cepillado), uso de fluoruros, succión de objetos, (mamadera, chupete, dedo u otros) y tipo de respiración.
c. Patologías bucales: caries, gingivitis, anomalías dentomaxilares, otras.

Banderas Rojas

Señal de alerta	Acciones a seguir
Ansiedad o miedo frente a la atención odontológica	- Aplicar las técnicas no farmacológicas de manejo de la ansiedad ante la atención odontológica adecuadas a la edad del niño o la niña, según Norma vigente de Control de la Ansiedad en Atención Odontológica [77]. - Educar a la madre, padre o cuidador sobre la importancia del control de salud bucal y beneficios para el niño, la niña y su familia.
Consumo de alimentos azucarados entre las comidas	- Recomendar restringir el consumo de alimentos y bebidas azucaradas, en caso de consumirlos preferir los momentos de comidas y luego cepillar. - Reforzar la higiene bucal después del consumo de alimentos. - Fomentar el consumo de agua potable sin agregados.
Alteración del desarrollo normal del sistema estomatognático	- Derivar a médico u odontopediatra (dependiendo del problema encontrado) para confirmación diagnóstica. - En caso de detectar niño o niña con necesidades especiales, diferenciar prestación (Ver subsección “NANEAS de baja complejidad en la Atención primaria de salud”, Capítulo 4).
Interposición lingual o mal pronunciación asociados factores bucales	- Derivar a odontopediatra para diagnóstico y eventuales derivaciones o tratamientos
Respiración bucal	- Derivar a médico para evaluación y eventual derivación a especialista.

Higiene bucal ausente o insuficiente	- Motivar a la madre o cuidador para que realice el cepillado de dientes de su hijo o hija. - Demostrar las técnicas de higiene bucal adecuadas a la edad del niño. - Reforzar la importancia del uso de pasta dental fluorurada de 1.000 a 1.500 ppm, al menos dos veces al día con una cantidad de pasta equivalente a una arveja.
Succión digital presencia o persistencia	- Si persiste o se ha adoptado el hábito de succión definir con la familia una estrategia adecuada para suspender el hábito de succión. - Derivar a consulta de salud mental para evaluación y apoyo.
Alto riesgo de caries	- Diseñar plan de tratamiento integral que incorpore el uso adecuado de fluoruos y sellantes. - Reforzar en la familia las prácticas de autocuidado para la prevención de caries (hábitos de alimentación saludables, hábitos de higiene bucal, uso de fluoruros), considerando el contexto familiar.
Detección de caries	- Diseñar plan de tratamiento integral que incorpore la recuperación de la salud bucal. - Realizar manejo de lesiones de caries de acuerdo a las recomendaciones de la Guía clínica GES “Salud oral integral para niños y niñas de 6 años”.
Detección de gingivitis	- Diseñar plan de tratamiento integral que incorpore la recuperación y mantención de la salud bucal. - Realizar profilaxis de acuerdo a las recomendaciones de la Guía clínica GES “Salud oral integral para niños y niñas de 6 años - Reforzar técnicas de higiene bucal adecuadas a la edad del niño o la niña.
Detección de anomalías dentomaxilares	- Diseñar plan de tratamiento integral para recuperar la salud bucal. - Realizar técnicas de ortodoncia preventiva e interceptiva (en esa sesión o una nueva cita) o derivar a especialista para su ejecución (odontopediatra, ortodoncista) según “Guía clínica atención primaria odontológica del preescolar de 2 a 5 años”. - En caso de existir hábitos de succión, reforzar extinguir la conducta de manera respetuosa.
Detección de urgencia odontológica ambulatoria	- Entregar atención de urgencia de acuerdo a la guía GES “Urgencias Odontológicas ambulatorias”.
Otros problemas psicosociales	- Realizar un plan de trabajo familiar y considerar la necesidad de prestaciones diferenciadas (reunión con equipo de cabecera, visita domiciliaria integral, etc)

Indicaciones

Reforzar hábitos saludables

Alimentación:

- Recomendar comida baja en grasas, sodio y azúcar, desincentivar el consumo de golosinas y comida chatarra.
- Indicar 4 comidas al día: desayuno, almuerzo, once y cena.
- Recomendar consumir agua potable sin agregados
- Recalcar la importancia de comer en familia.
- El desayuno es fundamental a esta edad y debe incluir un lácteo descremado, pan (una rebanada con acompañamiento) y fruta,
- Las colaciones idealmente deben ser enviadas desde la casa, privilegiando frutas, lácteos descremados o panes pequeños.
- Reforzar el consumo de agua potable sin agregados.
- Almuerzo y cena balanceadas (Ver sección de "Alimentación y suplementación", Capítulo 5)
- Evitar "once-comida" en reemplazo de la cena.

Salud bucal:

- Lavado de dientes después de cada comida (al menos dos veces al día) con cepillo cerdas suaves. El cepillado nocturno es el más importante.
- Se sugiere que el lavado de dientes sea supervisado y ayudado por un adulto hasta que sepa escribir bien (moticidad fina)
- Cepillado de dientes con pasta fluorada de 1.000 a 1.500 ppm en cantidad equivalente a una arveja.

Trabajar en conjunto con la familia en la realización de un plan de trabajo que refuerce los factores protectores y disminuya o elimine aquellos de riesgo para el desarrollo de patologías bucales:

- Educar sobre la correcta técnica de cepillado y uso de pasta de dientes fluorada: entregar recomendaciones por escrito sobre el uso de pasta de dientes de adulto con 1000-1500 ppm de flúor en cantidad equivalente al tamaño de una arveja o menos. Recomendar el cepillado después de cada comida, al menos dos veces al día, siendo especialmente importante el cepillado nocturno.
- Fomentar una alimentación saludable: desincentivar el consumo de azúcar, especialmente entre comidas y promover el consumo de agua en reemplazo de jugos o bebidas azucaradas.
- Reforzar el control de los hábitos de succión no nutritivos (succión de dedo, interposición de objetos)
- Entregar recomendaciones para la prevención de trauma dentario.
  - Evitar los pisos resbaladizos o con desniveles.
  - Recoger los objetos del piso que puedan actuar como obstáculos para los niños y las niñas.
  - Habilitar bebederos adecuados (fuentes de agua en lugar de lavamanos).
  - Evitar lugares de juego cerca y en las escaleras.
  - Asegurarse que los niños y las niñas mantengan los cordones de los zapatos amarrados.
  - Supervisar a niños y niñas mientras juegan.
  - Cuidar los dientes de prácticas riesgosas (por ejemplo, abrir botellas con los dientes, cortar hilo).
  - Caminar o correr con objetos en la boca o en ambas manos.
  - Utilizar protectores bucales al practicar deportes riesgosos.

En casos cuando no se encuentre ningún problema, felicitar tanto al niño o la niña como a la familia por cuidar su salud y alentarlos a mantener una boca sana.

Indicar el uso de SALUD RESPONDE 600 360 7777 en caso de dudas o necesidad de orientación (incluyendo urgencia) en relación a la salud del niño o la niña.

Citar al próximo control, según calendario calendario.



CAPÍTULO IV

CONTROL DE SALUD EN SITUACIONES ESPECÍFICAS

Los niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) son “aquellos que tienen el riesgo o la presencia de una condición física, del desarrollo, del comportamiento o emocional de tipo crónica, que requiere de atención de salud especial y en mayor cantidad que lo requerido por el general de los niños” [81]. Son un grupo heterogéneo de niños y niñas que presentan distintos problemas de salud que impactan en su calidad de vida y la de sus familias, por ejemplo: problemas derivados de la prematurez, malformaciones congénitas, genopatías y enfermedades crónicas de la infancia.

En las últimas décadas, se han producido cambios epidemiológicos en la salud pediátrica. De la mano del desarrollo de la tecnología, la implementación de unidades neonatales y de cuidados críticos, la mortalidad infantil ha disminuido a niveles comparables con países desarrollados, sin embargo, los niños que anteriormente fallecían, hoy sobreviven con enfermedades crónicas o secuelas [82]. Este grupo de niños ha ido aumentando en las últimas décadas, motivando a los equipos de salud a ofrecerles las mejores oportunidades de desarrollo y salud, para mejorar su calidad de vida y sobrevida.

A nivel nacional no conocemos la prevalencia ni las características específicas de este grupo de niños y niñas, sin embargo, la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud [83] muestra que en menores de 15 años el 15,7% tienen enfermedad respiratoria crónica, los problemas de visión se reportan en el 8,9% y la prematurez alcanza un 5,6%. Adicionalmente, la misma encuesta muestra que cerca del 30% de los menores de 5 años tienen rezago del desarrollo. Por otra parte, el primer estudio nacional de la discapacidad realizado por FONADIS [84], mostró que cerca del 13% de la población presenta algún tipo de discapacidad, y el 5,7% de ellos son menores de 15 años.

Estudios en países desarrollados muestran una alta tasa de NANEAS, donde su incidencia es mayor en hombres, aumenta a mayor edad [85] y se caracteriza por ser variable en el tiempo. Cuando se incluyen todos los niños con alguna necesidad especial en salud, independiente de su complejidad, la prevalencia se reporta entre un 13 y un 19% en población pediátrica, donde las patologías más prevalentes son obesidad, asma y alergias [81] [85].

En Chile existen grupos de NANEAS cuyas necesidades de salud se encuentran ya cubiertas por programas específicos (prematuros, niños y niñas con enfermedades respiratorias crónicas –Ejemplo: infección respiratoria aguda “IRA”, asistencia ventilatoria no invasiva “AVNI” – o con malnutrición por déficit y por exceso). Esta norma abarcará solamente a aquellos que no pertenezcan a programas específicos, y se dirigirá a aquellos menores de 10 años, sin desconocer que todos forman parte del grupo NANEAS.

Históricamente, la supervisión de salud de este grupo de niños y niñas ha sido efectuada por grupos de especialistas en centros de atención secundaria y terciaria, salvo excepciones. Esto ha sucedido por diversos factores, dentro de ellos, el conocimiento de las necesidades y disponibilidad de recursos en los niveles de atención de mayor complejidad, y la formación de un vínculo afectivo entre el paciente, familia y equipo de especialistas. Esto hace que muchas veces los NANEAS y sus familias queden desvinculados de sus centros de atención familiar y de los beneficios propios de la Atención Primaria de Salud (APS) y red municipal.

La APS, donde se encuentra implementado el modelo de salud familiar, es el contexto y espacio ideado para el seguimiento biopsicosocial de las familias, con un enfoque integral. En este nivel se acompaña al individuo desde la gestación hasta el final de la vida, lo que permite una continuidad en la atención, fundamental en este grupo de niños y niñas, y futuros adolescentes y adultos.

La integración del nivel primario con los niveles secundarios y terciarios, en pro de la atención de NANEAS, permite mayores beneficios para ellos, ellas y sus familias, y una mejor utilización de los recursos a nivel de la red de atención en general.

Los NANEAS son un grupo heterogéneo, incluso teniendo la misma condición de base. Al reconocer que cada niño y niña es distinto y que el cuidado debe ser individual, el enfrentamiento no debe ser exclusivamente de acuerdo a su condición, sino de acuerdo a sus necesidades. De esa forma se puede orientar el cuidado equitativo independiente de su condición de salud, así, un niño o niña puede tener

una condición de base muy prevalente o muy infrecuente y el objetivo del cuidado será el mismo: intentar satisfacer sus necesidades desde un enfoque integral, sabiendo que cada persona es distinto en complejidad, aun teniendo la misma condición de base, el detectar las necesidades y caracterizarlas, permitirá identificar aquellos y aquellas con necesidades de baja o alta complejidad.

Las necesidades son aquellas que derivan de una condición de salud de tipo crónica, que se estima tenga una duración de, al menos, 12 meses y se clasifican de la siguiente manera:

- Necesidad de atención por especialistas pediátricos.
- Necesidad de medicamentos de uso crónico.
- Necesidad de alimentación especial para vivir o mejorar la calidad de vida.
- Necesidad de tecnología médica para vivir o mejorar la calidad de vida.
- Necesidad de rehabilitación de discapacidad física, visual, auditiva o cognitiva.
- Necesidades educativas especiales.

Para el enfrentamiento en salud de un NANEAS, clasificaremos las necesidades en mayores y menores como se indica en la Tabla 14, y luego, de acuerdo a la combinación de ellas, se clasificará a los niños y niñas en complejidad baja, mediana o alta (Tabla 15), de esa forma, se podrán identificar a los NANEAS de baja complejidad, que será el grupo objetivo de esta norma.

Tabla 16: Clasificación de las Necesidades

Nº	Necesidades especiales	Definiciones	NECESIDAD MENOR	NECESIDAD MAYOR
1	**Necesidad de atención de especialistas pediátricos, incluidos aquellos del área de la salud mental.**	Seguimiento continuo, o que se estima necesitará seguimiento por especialista pediátrico por más de 12 meses y más de una vez al año.	≤ 3 especialistas pediátricos o del área de la salud mental.	≥ 4 especialistas pediátricos o del área de la salud mental.
2	**Necesidad de medicamentos de uso crónico.**	1 o más medicamentos, suplementos o vitaminas de medicina alópata, y por un tiempo > a 12 meses o que se estima durará más de 12 meses.	≤ 4 medicamentos de uso prolongado que no requieran ser administrados endovenosos o intrahospitalariamente.	≥ 5 o más medicamentos de uso prolongado o terapia que requiera ser administrada endovenosa o intrahospitalariamente. Quimioterapia.
3	**Necesidad de alimentación especial para vivir**	Tipo de alimento especial, ejemplos: a) Fórmulas enterales: Poliméricas, modulares, fórmulas elementales (hidrolizadas), semi-elementales o fórmulas especiales para enfermedades metabólicas. b) Preparados de Nutrición Parenteral.	Necesita fórmulas especiales enterales (independiente de su vía de administración: boca, sonda o gastrostomía).	Necesita nutrición parenteral parcial o total (continua o ciclada).
4	**Necesidad de tecnología para vivir**	Cualquier dispositivo o adaptación necesaria para vivir o mejorar la calidad de vida, ej: monitor cardiorespiratorio, sondas, ostomías, oxigenoterapia, equipos para ventilación asistida, marcapasos, diálisis y elementos ortopédicos.	No necesita dispositivos ni tecnología o necesita elementos ortopédicos de cualquier tipo, monitoreo no invasivo, usuario de sondas y ostomías, válvulas derivativas, oxigenoterapia, sin necesidad de ventilación asistida.	Necesita ventilación asistida (invasiva o no invasiva) con o sin sondas u ostomías, diálisis crónica, marcapasos. Sondeo vesical intermitente en neovejiga o mitrofanoff.
5	**Necesidad de rehabilitación por situación de discapacidad**	Necesidad de terapia kinésica, fonoaudiológica, terapia ocupacional y/o psicopedagogía.	Transitoria (<12 meses) o permanente, pero con necesidad de máximo 2 sesiones semanales, o que sus terapias son cubiertas por su jornada escolar, independiente de la frecuencia.	Permanente (duración mayor a 12 meses) y con necesidad de terapia muy frecuente (≥3 sesiones de terapia a la semana).
6	**Necesidades educativas especiales**	Asistencia a Escuela especial, escuela hospitalaria, o necesidad de adaptaciones curriculares.	Necesidad de asistencia a escuela especial, o con necesidad de adaptaciones curriculares.	Necesidad de asistencia a Escuela Hospitalaria por período que supere hospitalización.

Fuente: Criterios elaborados por Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría (2013).

Para poder definir un plan de trabajo y la participación de los distintos niveles de atención en el cuidado de NANEAS, lo primero es poder identificar el diagnóstico y grado de complejidad del niño o la niña. Dicho grado de complejidad es dinámico y puede estar asociado directamente con su condición de base, secuelas o con alguna condición biopsicosocial agregada.

a) NANEAS de alta complejidad

Niños y niñas con fragilidad médica, con limitaciones funcionales severas y permanentes, que presentan TODAS las necesidades en categoría Mayor según Tabla 14, o que en forma transitoria requieren de hospitalización por descompensaciones, por lo que en ese período, deben ser cuidados en el Nivel Terciaria, ya sea en servicios clínicos de pediatría o unidades de neonatología de hospitales.

Para este grupo es deseable evaluar el nivel de necesidades en forma periódica por la eventualidad de que el nivel de complejidad cambie, lo que repercutirá en el lugar de la red donde se le dará la atención.

b) NANEAS de mediana complejidad

Niños y niñas que tienen 3 a 5 necesidades en categoría Mayor o necesidad en categoría Mayor de las necesidades 3 (Necesidad de alimentación especial para vivir) y/o 4 (Necesidad de tecnología para vivir) (Ver tabla 14).

En general, corresponderá a niños y niñas que se encuentran estables de su condición de salud, pero para realizar actividades de la vida diaria o para recuperar áreas dañadas, necesitan de cuidados permanentes complejos, o de alta frecuencia.

El cuidado de este grupo requiere un equipo especializado, multidisciplinario para resolver las necesidades complejas. De acuerdo al Sistema de Salud, hoy en día ese grupo interdisciplinario puede ser atendido en el Nivel Secundario, en Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) o Centros de Referencia de Salud (CRS).

c) NANEAS de baja complejidad

Niños y niñas que tienen máximo 2 necesidades en categoría Mayor, a excepción de que tenga categoría Mayor en las necesidades 3 o 4. Este grupo de pacientes debe ser atendido en la Atención Primaria de Salud (Ver tabla 14).

En general, corresponderá a niños y niñas que se encuentran estables y cuya familia cuenta con herramientas que les permite ser autovalentes en el cuidado de sus necesidades.

En este grupo, el énfasis de la atención es el acompañamiento, la vinculación con las redes y recursos locales, la promoción y prevención de salud y el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de intercurrencias o agravamiento de su situación de base, evitando complicaciones y secuelas por diagnósticos tardíos.

> Este grupo de niños y niñas pueden ser atendidos por el equipo de salud de APS capacitado, el que tiene un rol privilegiado por la posibilidad de seguimiento, enfoque biopsicosocial, cercanía al domicilio y posibilidad de desarrollar un trabajo con la red comunal.

Tabla 17: Criterios de inclusión al grupo de NANEAS de baja complejidad

	Atención de especialistas	Medicamentos de uso crónico	Alimentación especial para vivir	Tecnología para vivir	Rehabilitación por discapacidad	Necesidades educativas especiales
NANEAS Baja complejidad	MENOR	MENOR	MENOR	MENOR	MENOR	MENOR
	MAYOR O MENOR	MAYOR O MENOR	MENOR	MENOR	MENOR	MENOR
	MENOR	MENOR	MENOR	MENOR	MAYOR O MENOR	MAYOR O MENOR
	MAYOR	MENOR	MENOR	MENOR	MAYOR	MENOR
	MAYOR	MENOR	MENOR	MENOR	MENOR	MAYOR
	MENOR	MAYOR	MENOR	MENOR	MAYOR	MENOR
	MENOR	MAYOR	MENOR	MENOR	MENOR	MAYOR

Fuente: Categorización elaborada por Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría.

En esta normativa se impulsa la supervisión de salud de NANEAS de baja complejidad en APS, con estrecha asociación con el nivel secundario y terciario de salud. También se ahonda aparte y con más detalle la atención de prematuros, el cual aunque es un subgrupo de NANEAS, tienen una oferta de prestaciones específicas.



1. NANEAS DE BAJA COMPLEJIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Para realizar la supervisión de salud de niños y niñas con necesidades especiales de baja complejidad es necesario que el equipo de atención primaria tenga presente que existen una serie de problemas o consideraciones asociadas a las patología de base que requieren de una visión integral.



Los niños y niñas con necesidades especiales suelen tener mayor prevalencia de problemas de salud mental y sus familias, y es fundamental diagnosticarlos e intervenir a tiempo. De especial importancia es detectar momentos que pudieran detonar crisis, como por ejemplo el momento del diagnóstico (o proceso diagnóstico), complicaciones de su patología de base, hospitalizaciones, determinación de etapa paliativa y preparación para el final de la vida. No se debe olvidar que los NANEAS pueden tener patologías de salud mental sobreagregadas, que no son necesariamente parte del cuadro de base y que deben ser tratadas para mejorar su calidad de vida [86] [8].

También presentan mayor prevalencia de patologías bucodentarias, ya sea por su condición propiamente tal, el entorno o las medicinas indicadas. Dentro de las razones con mayor frecuencia y de más riesgos se encuentran identificadas las siguientes [86]:

- Algunos pacientes requieren dietas altas en carbohidratos fermentables, por condiciones nutricionales.
- Los dulces y golosinas son utilizados por cuidadores y entorno como una manera de alegrar y compensar a los niños y niñas.
- Existen fármacos asociados a un mayor riesgo de caries (ya sea porque contienen azúcar o por que disminuyen el flujo salival) o que aumentan las gingivitis.
- La higiene oral puede ser más compleja (el niño o la niña puede cooperar menos o requerir de muchos otros cuidados dificultando el cumplimiento de la higiene oral).
- Algunas patologías asociadas a NANEAS pueden afectar intrínsecamente la salud oral, ya sea el desarrollo del diente (hipoplasicas, hipomaduraciones e hipocalcificaciones), erupción de ellos (adelanto o retraso), alteraciones en el número de dientes (supernumerarios o hipodoncias), alteraciones de la posición dentaria (maloclusión, desarmonías dento-maxilares y maxilo-mandiculares).
- Puede haber uso de mamaderas por un tiempo mayor.

Por otro lado, también son frecuentes las alteraciones digestivas, dado que la falta de movimiento de algunos niños y niñas con alguna discapacidad física suele alterar también la actividad del sistema digestivo, por lo que es común que este grupo tengan problemas de estreñimiento con mayor frecuencia. Es importante monitorear la frecuencia y consistencia de las deposiciones si corresponde al caso y descartar que existan alteraciones. La frecuencia normal de deposiciones varía desde 3 veces al día hasta 2 veces por semana, por lo que no tener deposiciones diarias se considera normal, sin embargo éstas siempre deben formadas pero blandas. No es normal que presente dolor o sangrado al tener deposiciones o que sean duras o caprinas [86] [8].

Otras de los problemas asociados a niños y niñas con necesidades especiales son los problemas respiratorios. En niños y niñas con discapacidad física son muy frecuentes las bronquitis y neumonías, esto se debe a varias razones, pero principalmente a que la tos es débil, la respiración suele ser menos profunda (el aire que ingresa en cada respiración es menor a lo necesario) y también a que frecuentemente que la comida sea aspirada a los pulmones y se infecte [86] [8].

Así también es frecuente que los niños y niñas con discapacidad física tengan dificultad para masticar y tragar algunos tipos de comida, esto ocurre por dos cosas: a veces tienen problemas para aceptar algunas consistencias de comida y otras veces se les dificultan los movimientos para masticar y tragar. Es frecuente que se atoren más fácilmente y que a veces aspiren el alimento. Por estos motivos se recomienda cambiar la consistencia de los alimentos de a poco, para que el niño o a niña aprenda a comer, se aconseja comenzar con texturas más licuadas y finas al comienzo, después darle alimentos más espesos y grueso, luego molidos con tenedor, picado y finalmente más enteros. Este proceso será más complejo y más lento que en un niño o niña sin discapacidad, pero en la mayoría de las ocasiones se podrá realizar con éxito [86] [8].

Finalmente algunos presentan enfermedades crónicas que aumentan el riesgo de hipertensión, cardiopatía o nefropatías, es por ellos que se aconseja medir la presión arterial periódicamente en el nivel secundario de salud, independiente que el niño o la niña sea menor de 3 años [86] [8].

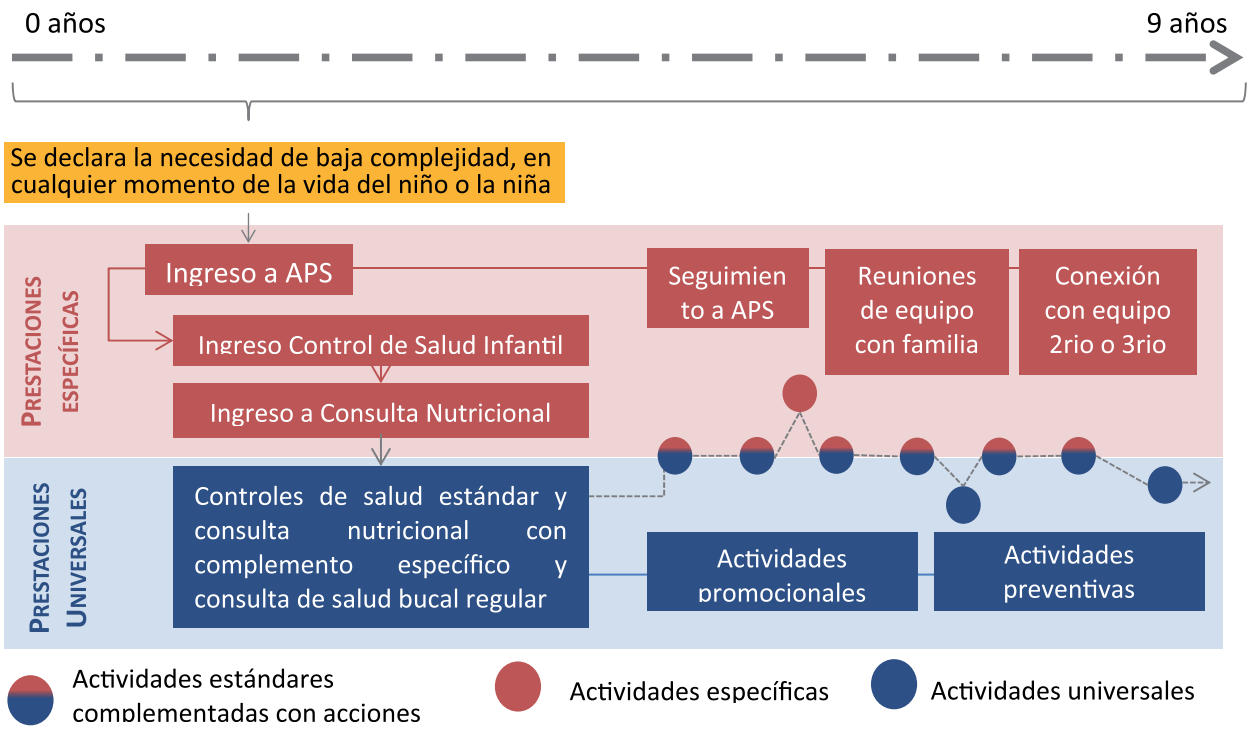
OBJETIVOS Y ESQUEMA DE ATENCIÓN EN APS

El pilar fundamental de la atención de NANEAS en APS es la supervisión de salud, que generará el conocimiento de la situación de cada niño, niña y su familia, así como la detección de sus necesidades para la confección de un plan de trabajo individualizado. Los objetivos para integrar al equipo de atención primaria en el seguimiento y apoyo a NANEAS de baja complejidad son:

- Facilitar el cuidado y la resolución de las necesidades de estos niños y niñas por parte de un equipo de salud “de cabecera”, que se preocupe de la coordinación de las distintas intervenciones que requieran.
- Orientar a padres y cuidadores en relación al desarrollo y la crianza de niños y niñas.
- Promover hábitos de vida saludables para el niño o niña y su familia.
- Detectar a familias que presenten factores de riesgo para el desarrollo infantil y vincularlas con instancias de intervención.
- Detectar en forma oportuna intercurrencias o descompensaciones de la condición de base e intervenir oportunamente para disminuir el riesgo de morbimortalidad y situación de discapacidad asociada.
- Informar y orientar a los padres o cuidadores sobre la oferta de prestaciones disponibles en el CESFAM, programas complementarios MINSAL (alimentos, vacunas), oferta del Sistema de Protección a la Infancia, u otros disponibles a nivel local (GES, programas de salud especiales, derechos de discapacitados, etc.).
- Supervisar y ayudar a la familia a implementar las indicaciones específicas necesarias para el bienestar de NANEAS (ej. Uso de tecnología de apoyo, manejo nutricional, entre otros)
  Educar a la familia en torno a acciones preventivas que puedan contribuir a mejorar el pronóstico, disminuir la morbimortalidad o mejorar la calidad de vida de NANEAS.

La atención de NANEAS de baja complejidad se subdivide en dos momentos, el primero es el Ingreso en se da especial énfasis en la recolección de antecedentes y elaboración de planes de seguimiento, el ingreso consta de dos actividades: Ingreso a Control de Salud Integral e Ingreso Consulta Nutricional. Posteriormente se realiza las Actividades de Seguimiento, en la cual se monitorea el estado de salud y se van integrando ajustes o replanteamientos del plan de salud diseñado al inicio, dentro de las cuales se encuentran controles de salud, consultas nutricionales, reuniones de equipo y enlaces entre los 3 niveles de salud. Por lo tanto la atención de NANEAS de baja complejidad se estructura de la siguiente manera

Ingreso a la APS	- Ingreso a Control de Salud Integral. - Ingreso a Consulta Nutricional.
Actividades de seguimiento de la salud integral	- Controles de Salud Integral y Consultas Nutricionales de seguimiento. - Reuniones de equipo. - Enlace entre atención primaria, secundaria y terciaria



INGRESOS DE NANEAS

a) Control de Salud Infantil Integral

En el ingreso deben realizarse todas las actividades atingentes y ajustadas del control de salud infantil estándar correspondiente a su edad (Ver Capítulo 3 “Controles de salud Infantil por edad”) y además se deben integrar acciones específicas a la necesidad especial del niño o la niña y su familia. Dentro del ingreso se considera un Control de Salud Integral por dupla Médico y Enfermero/a y una Consulta Nutricional.

Tabla 18: Ingreso de niños y niñas con necesidades especiales de salud de baja complejidad

Actividad	Profesional	Rendimiento
Control de Salud Integral	Enfermero/a y Médico (dupla)	60 minutos
Consulta Nutricional de Ingreso	Nutricionista	20 minutos

Profesional	Enfermero/a y Médico (dupla)			
Rendimiento	**Acceso**	**Modalidad**	**Material a entregar**	**Formulario SRDM**
+ 30 min (Agregar 30 min al control estándar. En total debería ser 60 min)	Específico	Individual	Cartillas o dípticos según edad y pertinencia	Si tiene entre 0 y 4 años: • "Primer control de salud infantil" • "Control de salud" ante riesgo biopsicosocial, variación o extinción de un riesgo detectado anteriormente entre los 0 a 4 años.

Anamnesis

Esta información a recolectar o preguntar es complementaria a la establecida en el control de salud infantil correspondiente por edad (Ver Capítulo 3 "Controles de salud Infantil por edad").

Condición o problema de salud base de niños y niñas con necesidades especiales

- Cuál es el diagnóstico.
- Momento en que se realizó el diagnóstico.
- Si no cuenta con un diagnóstico actual, estado de los estudios o del proceso de diagnóstico.

Antecedentes de la gestación, parto y puerperio,

cuando exista esta información ya sea en la epicrisis del hospital, cuaderno de salud de niñas y niños, documentos de derivación desde nivel secundario o terciario, o en la misma ficha clínica gestacional de la mamá, extraerla y consignarla en la ficha clínica, sin volver a preguntar. Evitar culpabilizar a los cuidadores al recabar antecedentes. Los datos a recolectar son:

Sobre la madre durante la gestación:

- Edad materna en el momento de la gestación, número de gestación.
- Enfermedades agudas o crónicas, e indagar sobre Síndrome TORCH[35].
- Consumo de medicamentos: Registrar cuáles, dosis, tiempo de consumo y edad gestacional al momento del consumo.
- Consumo de tabaco, alcohol o drogas.
- Problemas de salud mental.
- Control de embarazo
- Diagnósticos a través de ecografías obstétricas y prenatales.

Sobre parto y puerperio:

- Tipo de parto.
- Sufrimiento fetal durante el parto y puntaje de APGAR al nacer.
- Peso, talla, circunferencia craneana y edad gestacional al nacer.
- Antecedentes de hospitalización neonatal.
- Resultado de tamizaje neonatal: TSH y PKU.

Antecedentes familiares directos

Enfermedades crónicas y condiciones genéticas heredables y consignar nivel de relación (primer o segundo grado).

Antecedentes mórbidos de importancia del niño o la niña

- Condiciones o problemas de salud activas y resueltas.
- Hospitalizaciones previas.
- Descompensaciones de su enfermedad de base y cirugías.

35 Síndrome corresponde a un conjunto de signos y síntomas que presenta el recién nacido afectado por la infección congénita y que es producida por diversos agentes etiológicos tanto virales como parasitarios y micóticos que se han agrupado en la sigla TORCH. Entre estos se cuentan: Toxoplasma gondii, virus Rubéola, Citomegalovirus, virus Herpes simplex y Otros (virus hepatitis B y C, retrovirus, enterovirus, adenovirus, treponema pallidum, M. Tuberculosis, virus varicela-zoster, virus Epstein-Barr, parvovirus B19, virus de la inmunodeficiencia humana, cándida, etc.)

Equipo tratante e indicaciones del nivel secundario para el manejo de la necesidad especial

- Identificar especialista del nivel secundario para que el equipo de APS se pueda contactar para resolución de dudas, acordar tratamientos y eventuales derivaciones. Consignar datos de contacto en ficha clínica.
- Últimas indicaciones entregadas por el nivel secundario (medicamentos, solicitud de exámenes, terapias especiales, derivaciones e indicaciones a la familia).
- Evaluar si la familia ha adherido a las indicaciones, las dificultades que han presentado y si requiere de algún apoyo específico para seguirlas.
- Fecha de próximo control en el nivel secundario.

Medicamentos de uso permanente

- Nombre, dosis, vía de administración y tiempo de uso.
- Efectos adversos presentados.
- Uso de medicina complementaria u homeopatía.

Suplementos alimentarios y vitaminas, si recibe suplementos y/o vitaminas y minerales específicos a sus requerimientos, identificar:

- Nombre, dosis, vía de administración y tiempo de uso.

Uso de dispositivos o tecnología médica de apoyo (oxigenoterapia, ostomías, sondas de alimentación, catéteres vasculares, monitoreo de signos vitales, etc.).

- En caso de que hayan dispositivo, preguntar por cuánto tiempo lleva puesto, cuándo se cambió por última vez y quién la mantiene.
- Evaluar autonomía de la familia respecto a los cuidados de dichos dispositivos.
- Complicaciones y dificultades que han presentado en relación al uso de estos dispositivos o tecnologías.

Terapias de apoyo:

- Por asistencia a terapia tradicionales (kinésica, fonoaudiológica, terapia ocupacional o psicopedagogía) y/o terapias complementarias (hipoterapia, canoterapia o hidroterapia, etc.), lugar al que asiste y frecuencia de terapias.

Alimentación:

- Historia alimentaria remota.
- Preguntar por la vía y método de alimentación.
- Si se alimenta por boca, sonda o gastrostomía,
- Si requiere asistencia y cuáles son sus preferencias e intolerancias.
- Inicio, motivo, complicaciones asociadas a la alimentación no oral y expectativas de realimentación vía oral.
- Tiempo que demora en alimentarse.
- Deglución: En aquellos niños y niñas con riesgo de presentar trastorno de deglución (enfermedades neuromusculares, daño neurológico, síndrome hipotónico, enfermedades respiratorias recurrentes o crónicas), consultar sobre:
- Sialorrea y número de baberos utilizados durante el día.
- Dolor, cansancio o presencia de tos cuando se alimenta al niño o niña.
- Presencia de tos persistente, frecuencia de cuadros de bronquitis o neumonías.

Tránsito intestinal, preguntar por:

- Por la consistencia de las deposiciones y su frecuencia.
- Si presenta dolor o sangrado al tener deposiciones o si éstas son muy duras o caprinas.

Audición y Visión

- En cada atención, independiente de la edad, preguntar si la madre, padre y/o cuidadores principales tienen dudas respecto a la audición y visión del niño o la niña.
-

Grado de autovalencia y movilidad:

- Grado de movilidad, en caso que sea limitada evaluar existencia de terapia física, kinesiológica u otra.
- Actividades de la vida diaria que realiza por sí solo el niño o la niña.

Desarrollo Integral:

- Preguntar por hitos del desarrollo motor, lenguaje, cognitivo, emocional y social.
- Aplicar Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor a edades correspondientes, cuando sea posible.
- En aquellos casos en que el diagnóstico de base impida realizar test estandarizado de desarrollo psicomotor, evaluar progresión en las distintas áreas.

Psicosocial y familiar

- Evaluar el impacto de la condición de salud en la calidad de vida, dinámica familiar en sus integrantes.
- Evaluar etapa de duelo en relación al diagnóstico de la condición, tanto del niño o niña y su familia.
- Evaluar presencia de estresores y crisis tanto normativas como no normativas en la familia, evaluar con especial énfasis el nivel de estrés del cuidador. Se recomienda evaluar el nivel de carga del cuidador con la "Pauta Zarit" (Ver anexo 22).
- Conocer las redes de apoyo familiares: familia extendida, grupos de apoyo religioso, comunales o de agrupaciones de padres de niños con condiciones específicas.
- Consignar situación laboral (trabajo estable, trabajo temporal, desempleado) de las personas adultas del grupo familiar.
- Evaluar la capacidad de la familia para solventar los gastos derivados de la condición de salud.
- Evaluar las expectativas en torno a la calidad de vida y sobrevida del niño o la niña, la terapia de rehabilitación o la utilización de medidas extraordinarias para prolongar la vida cuando corresponda.
- Indagar en todos los miembros de la familia, en especial en el niño o la niña y su cuidador principal, por síntomas que orienten a la presencia de:
  - Trastornos de ánimo o ansiosos.
  - Trastornos del sueño.
  - Trastornos conductuales en el colegio o casa.
  - Alteraciones de la conducta alimentaria.
  - Aumento de la agresividad.
  - Presencia de maltrato

Escolaridad y grupo de pares

- Tipo de establecimiento al que asiste: sala cuna, jardín infantil, centros de estimulación, escuela especial, escuela hospitalaria o colegio regular (con o sin proyecto de integración).
- Indagar por actividades extraprogramáticas o sociales con pares.

Examen físico y evaluación integral

Se deben realizar las acciones del control de salud infantil estándar de cada control según corresponda a la edad y la condición del niño o la niña (Ver Capítulo 3 "Controles de salud Infantil por edad").

Evaluaciones específicas a requerimientos especiales

Antropometría	- Considerar de técnica de medición de talla para pacientes que no puedan lograr la extensión completa de pie o en decúbito (Ver subsección "Antropometría", Capítulo 2). - Para algunas condiciones especiales de salud existen disponibles curvas de crecimiento específicas, elaboradas sobre población extranjera, pero que podrían servir de complemento para el diagnóstico nutricional[36]. - Seguimiento de circunferencia craneana hasta los 5 años, descartar microcefalia o macrocefalia corregido por talla.
Evaluación de piel, dispositivos y tecnología de apoyo	- Descartar úlceras y escaras, evaluar puntos de roce y presión en relación con aparatos de apoyo: sondas, ostomías, válvulas, catéteres y oxigenoterapia. - Evaluar que los dispositivos estén correctamente instaladas y funcionando, sin signos de infección asociada.

36 Para algunas condiciones especiales de salud existen disponibles curvas de crecimiento específicas, elaboradas sobre población extranjera, pero que podrían servir de complemento para el diagnóstico nutricional. Para mayor información visitar la página web de la Sociedad Chilena de Pediatría, sección "Tablas / Gráficos". Disponible en: http://www.nutricion.sochipe.cl/aporta.php/biblioteca/categoria/tablas--graficos/.

Ortopedia (postrados)	- Evaluación visual de escoliosis. - Evaluar movilidad de caderas, rango de movilidad de cadera (simétrico).
Salud Bucal	- Evaluar con especial detención, dado que este grupo presenta una mayor frecuencia de problemas de salud bucal (Ver sección "*Salud Bucal*", Capítulo 2). - Realizar este examen independiente de la vía de alimentación del niño o la niña.

Diagnóstico

Complementario a los diagnósticos requeridos según control de salud infantil estándar correspondiente por edad, se debe agregar:

a. Diagnostico nutricional integral.
b. Desarrollo integral (motriz, cognitivo, lenguaje y socioemocional).
c. Diagnóstico de la condición de base, grado de compensación y necesidad de tecnología de apoyo, incluyendo cuando corresponda situación de discapacidad (física, visual, auditiva, intelectual o múltiple).
d. Problemas de salud detectados (asociados o no a su condición de base).
e. Diagnóstico familiar.
f. Diagnóstico social/determinantes sociales/otros (salud ambiental, vulnerabilidad psicosocial, otros).

Banderas Rojas

Las siguientes banderas rojas son complementarias a las señaladas en el control de salud infantil estándar correspondiente por edad.

Señal de alerta	Acciones a seguir
Descompensación, sospecha de aumento de discapacidad o nuevo problema de salud	- Derivación a especialista en nivel secundario o urgencia dependiendo de la gravedad.
Sospecha de problema de salud mental detectado en el niño o la niña	- Derivar caso a equipo de salud de cabecera para evaluación caso, contacto con equipo tratante en nivel secundario, elaboración de plan de intervención y eventual visita domiciliaria integral. - Consulta de salud mental para que brinde herramientas de ayuda, tratamiento y/o evalúe necesidad de tratamiento conjunto con Médico.
Niños y niñas con necesidades de rehabilitación que no están accediendo	- Asegurar que el niño o la niña reciba oportunidad de rehabilitación y adhiera a las terapias. - En caso de que no se esté cumpliendo, evaluar los problemas que impiden la asistencia y facilitar el vínculo con instituciones de rehabilitación, correspondientes (Ver anexo 25 "Red de apoyo")
Estreñimiento	Aunque no presente deposiciones diarias (la frecuencia normal varía desde 3 veces al día hasta 2 veces por semana), las deposiciones deben ser formadas pero blandas. No es normal que presente dolor o sangrado al tener deposiciones o que sean duras o caprinas - Indicar masaje sobre en el estómago, apretando suavemente la zona abdominal con la palma de la mano, de manera lenta, girando en el sentido de las manijas del reloj. - En caso de niños y niñas con movilidad reducida, indicar diferentes posiciones durante el día: de pie, sentado, de prono. - Dar mucho líquido durante el día. Si tiene dificultad para tomar el agua, ésta puede darse cuando el niño o la niña esté sentado o semi-sentado, con una cuchara pequeña o con una jeringa sin la aguja en pocas cantidades (nunca acostado). - Indicar dieta rica en fibra. - Considerar uso de Polietilenglicol 3350 (0,7gr/Kg/d). - Derivar a especialista para estudios en caso de que la constipación crónica no pueda ser manejada con dieta ni Polietilenglicol 3350.

Problemas respiratorios recurrentes	- Derivar a programa IRA en caso de 3 episodios de infecciones respiratorias bajas en un año. - Derivar a broncopulmonar en caso de dos o más neumonías Indicar hacer ejercicios para mejorar la capacidad de respiración. - Enseñar al niño o niña a soplar y toser, por ejemplo, intentar mover papelitos de colores soplando por una bombilla o buscar objetos en un plato de harina soplándola. - Dar de comer siempre el niño o la niña esté bien sentado y no lleve la cabeza hacia atrás al tragar.
Familia sin claridad respecto a los cuidados clínicos de NANEAS	- Citar para control de salud o visita domiciliaria integral, para entregar las indicaciones de cuidado correspondiente. - Previo al control o visita, contactar al equipo de nivel secundario que atiende el caso, explicar la situación e indagar en los cuidados que debe recibir el niño o la niña e incorporar información en ficha clínica.
Cuidadores con "sobrecarga intensa" según Escala Zarit o sospecha de problema de salud mental asociado al cuidado (en cuidador o cuidadora del niño o la niña)	- Derivar a Psicólogo para que brinde herramientas de ayuda y/o evalúe necesidad de tratamiento conjunto con Médico. - Contactar con grupos de apoyo de familias con miembros con necesidades especiales. - Contactar con talleres municipales (de manualidades, deportivos, artísticos, etc.), centro de madres, u otras actividades que le permitan desarrollar sus intereses y contactarse con grupos de pares. Tener consideración especial en aquellas familias donde hay más de un integrante con necesidades especiales de atención en Salud.
Dificultades económicas para adquirir medicamentos, órtesis, insumos, exámenes extra red pública o en el extranjero	- Derivar a Trabajador social para coordinación con red social y municipal. - Verificar si el niño o la niña está ingresado en el Registro Nacional de Discapacidad. En caso que no se encuentre inscrito, completar en conjunto con la familia el Formulario "Solicitud de evaluación de la discapacidad" (requiere evaluación médica). Luego la familia debe presentarlo en COMPIN (Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez).
Niños y niñas con necesidades de rehabilitación que no están accediendo	- Asegurar que el niño o la niña reciba oportunidad de rehabilitación y adhiera a las terapias. - En caso de que no se esté cumpliendo, evaluar los problemas que impiden la asistencia y facilitar el vínculo con instituciones de rehabilitación, correspondientes (Ver anexo 25 "Red de apoyo").
Problemas de salud bucal	- Derivar para atención urgente con odontólogo de APS, si cumple con los criterios de Urgencia Odontológica Ambulatoria (GES). De lo contrario, derivar a control odontológico con acceso preferente. - Indicar fluoración anual. - Detectar familias sobreprotectoras que utilizan los dulces y golosinas como una manera de premiar, alegrar y compensar a los niños, y aquellos con uso prolongado de mamaderas, de manera de hacer educación preventiva - Considerar el uso de fármacos asociados a un mayor riesgo de caries (ya sea porque contienen azúcar o por que disminuyen el flujo salival) o que aumentan las gingivitis. - Derivar preventivamente a odontología en caso de higiene oral ineficiente por poca colaboración del niño o niña, en caso de condición de salud que afecte el desarrollo del diente (hipoplasicas, hipomaduraciones e hipocalcificaciones), erupción de ellos (adelanto o retraso), alteraciones en el número de dientes (supernumerarios o hipodoncias), alteraciones de la posición dentaria (maloclusión, desarmonías dento-maxilares y maxilo-mandiculares).
Riesgo de hipertensión	- En niños y niñas menores a tres años con factores de riesgo (cardiopatía, nefropatía, u otras condiciones asociadas a hipertensión) verificar si cuenta con toma de presión arterial previa en el nivel secundario. - Ante duda de toma de presión previa, intencionar toma de control en su próximo control de nivel secundario.

Factores de riesgo para anemia	Niños y niñas no suplementados con hierro (o suplementados intermitentemente) y con ingesta de fórmula fortificada <1lt/diario, prematuros y recién nacidos con bajo peso de nacimiento y cualquier enfermedad crónica con riesgo de desarrollar anemia. - Solicitar entre los 9 y 12 meses hemograma o hematrocrito y hemoglobina - En caso de confirmar anemia, iniciar tratamiento con hierro.
Problema asociado a sondas nasogástricas	En caso de complicaciones (obstrucción o desplazamiento): - Realizar o indicar cambio de sonda por personal del Centro de salud o familiar capacitado.
Problema asociado a sonda naso-yeyunal o naso-duodenal	En caso de complicaciones (obstrucción o desplazamiento): - Indicar en atención secundaria o terciaria, por necesidad de instalación bajo visión radiológica.
Problema asociado a sondas de cateterismo vesical intermitente	En caso de: - Necesidad de recambio de insumos (Por ejemplo: por ruptura o rigidez de la sonda), realizar procedimiento en APS. - Presencia de sangrado o dolor del meato urinario o en la cistotomía, derivar a nivel secundario. - Ante disfunción del sondeo (globo vesical o sondeo sin obtención de orina), derivar a urgencia de atención terciaria.
Problema asociado a gastrostomía (GTT)	En caso de: - Dermatitis o granuloma, realizar o indicar tratamiento por profesional del centro de salud o familiar capacitado. - Ruptura de balón del botón, úlcera, sangrado o filtración, derivación urgente a policlínico de cirugía. - Si el botón de la gastrostomía se desplaza completamente, derivar urgentemente a nivel terciario, con el botón insertado nuevamente aunque no se haya logre inflar el balón o poner una sonda foley con el balón inflado, para mantener permeabilidad del ostomía.
Problema asociado a Ileostomía o colostomía	En caso de: - Dermatitis periostoma, realizar o indicar tratamiento por profesional del Centro de salud o familiar capacitado, considerar sobreinfección por hongos y tratamiento tópico si corresponde. - Úlcera, sangrado o prolapsos, derivación urgente a policlínico de cirugía.
Problema asociado a Válvula para derivación ventrículo peritoneal (VDVP)	- Ante sospecha de disfunción de válvula (cefalea, vómitos, fiebre, compromiso de conciencia, diplopía) derivación a servicio de urgencias.
Problemas asociados a Yeyunostomía	En caso de: - Dermatitis periostoma, realizar o indicar tratamiento por profesional del Centro de salud o familiar capacitado, considerar sobreinfección por hongos y tratamiento tópico si corresponde. - Úlcera, sangrado o prolapsos, derivación urgente a policlínico de cirugía.
Niño o niña que tienen alguna complicación asociada oxigenoterapia	- Referir a Programa de Asistencia Ventilatoria No Invasiva (AVNI).
Postrado	- Ingresar a programa postrados del Centro de Salud, si es que no está ingresado.
Sospecha de osteoporosis	Niños y niñas con corticoides de uso prolongado, baja movilidad y uso de anticonvulsivantes tienen alto riesgo de osteoporosis. - Derivar a endocrinólogo en caso de sospecha de osteoporosis o antecedente de fractura en hueso patológico.
Niños y niñas en cuidado paliativo con alto riesgo de morir en el corto plazo	- Derivar a equipo de cabecera y en coordinación con especialistas involucrados, crear un plan de intervención para indagar abiertamente en la opinión de los padres respecto al manejo y acordar limitación de esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos. - Cuando haya dudas o discordancia, solicitar apoyo con Comité de Ética Asistencial de cada Servicio de Salud.

Indicaciones

Las siguientes indicaciones son complementarias a las señaladas en el control de salud infantil estándar correspondiente por edad.

Refuerzo de hábitos saludables (complementarios para NANEAS)

Alimentación

- Énfasis en dieta rica en fibra y agua libre en caso de existir tendencia a la constipación y en especial en aquellos niños y niñas que no tienen la capacidad de expresar si tienen sed.
- En niños y niñas con riesgo aumentado de patología cardiovascular o renal, prolongar lo más posible una dieta libre de sal aún después de los 2 años.
- En niños y niñas con riesgo aumentado de patología de salud bucal, prolongar lo más posible una dieta libre de azúcar aún después de los 2 años.

Actividad física

- Dado que muchas veces este grupo tiene mayor tendencia al sedentarismo, es importante fomentar los paseos al aire libre y la máxima movilización posible.
- Incorporar a actividades extraprogramáticas que contribuyan a su desarrollo integral, inserción social y rehabilitación.

Fomento del desarrollo

- Entregar consejos respecto a estimulación del desarrollo de acuerdo a su edad y condición.
- Cuando sea posible, vincular con instancias de fomento del desarrollo psicomotor, por ejemplo sala de estimulación u otras disponibles a nivel local.
- Fomentar la asistencia a controles con profesionales de apoyo en rehabilitación y estimulación del desarrollo (como por ejemplo, Kinesiólogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y psicopedagogo) de acuerdo a disponibilidad e indicaciones del nivel secundario.

Vacunas

- En aquellos que no asisten a instituciones escolares, procurar la administración de la vacuna de 1° y 4° básico en el vacunatorio del Centro de Salud u otro.

Salud Bucal

- Aconsejar fluoración anual.
- Derivar a talleres educativos de salud bucal.
- Indicar control por odontólogo bianual a partir de los 2 años de vida del niño o la niña (2, 4, 6 años cubiertos por consultas universales de salud bucal) y 8 años).

Indicaciones de medicamentos

- Indicar uno por uno los medicamentos de uso crónico, dosis y vía de administración.
- Indicar los medicamentos de uso agudo en caso de que lo requiera, tomando la precaución de revisar interacciones medicamentosas.
- Si los medicamentos utilizados tienen azúcar, indicar en lo posible el lavado de dientes o enjuague con agua posterior a su administración.

Educación y promoción en salud en condiciones especiales (Ver anexo 23).

- Prevención de enfermedades infectocontagiosas: Indicar que este grupo tiene mayor predisposición a adquirir enfermedades infectocontagiosas o llegar a niveles de mayor gravedad, por lo tanto es importante se sigan las indicaciones de prevención de enfermedades, hábitos de higiene (lavado de manos frecuente), evitar contacto con enfermos y eliminar contaminación intradomiciliaria (humo de tabaco y calefacción contaminante).
- Prevención de accidentes: Adicional a la prevención habitual de accidentes se debe cautelar por la correcta administración de medicamentos, conservándolos fuera del alcance de los niños y niñas, la prevención de caídas y correcto uso de la tecnología de apoyo.
- Prevención de abuso sexual: Se deben reforzar medidas de prevención de abuso, especialmente en niños y niñas en situación de discapacidad, quienes tienen un mayor riesgo (Ver subsección “Prevención de abuso sexual”, Capítulo 5)
- Educación en salud oral: Independiente de la vía de alimentación que se utilice, educación en higiene dental y bucal.
- Conversar sobre escolarización: La mayor parte de los niños puede asistir a las diferentes instituciones escolares, lo que debe fomentarse desde el área de la Salud. Debe privilegiarse la inclusión del niño y niñas en escuelas regulares con integración, y cuando esto no sea posible, fomentar el ingreso a escuelas especiales disponibles en la red comunitaria o

escuelas hospitalarias. Desde el punto de vista de Salud, el equipo (médico, enfermera, terapeutas) deberá estar disponible para aclarar dudas que puedan surgir en el profesorado, respecto a los cuidados diarios del niño o niña.

Ayudar a las familias a evitar la sobreprotección

- Es muy frecuente en este grupo la sobre protección, por lo que se recomienda fomentar el autocuidado y permitiendo que el niño o niña vaya adquiriendo cada vez mayor autonomía en su cuidado, dentro de las posibilidades de cada caso.
- Integrar a las familias a talleres de habilidades parentales u otros de grupos de apoyo disponibles a nivel local.
- Cuando existan organizaciones en la comunidad para padres y familiares de niños y niñas con problemas específicos de salud, entregar información actualizada, de manera de favorecer integración y redes de apoyo.

Promover el autocuidado de la cuidadora o cuidador principal

- Resguardar la salud de la cuidadora o cuidador también es importante, incentivar a que el cuidador practique durante el día la escucha de sí mismo ¿cómo me siento? Buscar razones e identificar los propios patrones de reacción.
- Indicar estrategias de autociudado:
    - Potenciar las habilidades de comunicación con los que le rodean (amigos, familia, agentes sociales).
    - Cultivar las amistades antiguas y apertura a las nuevas.
    - Saber decir no y buscar puntos intermedios.
    - Poner límites al cuidado y horarios de actividades personales.
    - Usar el humor como herramienta de superación y de comunicación.
- Promover el contactar con grupos de apoyo, para que puedan compartir sus experiencias y conozcan más sobre la condición de su hijo o hija.
- Promover la asistencia a talleres municipales (de manualidades, deportivos, artísticos, etc.), centro de madres, u otras actividades que le permitan desarrollar sus intereses y contactarse con grupos de pares.
- Indicar que se contacte con el equipo en caso que sienta síntomas de desgaste o burnout, como agotamiento emocional, sensación de vacío interior y/o tengan una percepción de escasa realización o valor personal

Derivar a Nutricionista para consulta nutricional de ingreso de NANEAS, con el fin de ajustar los aportes energéticos al niño en particular, de acuerdo a su enfermedad de base, estado nutricional, actividad física y otros factores presentes.

Indicaciones de cuidado específicos según condición

Dentro del grupo de NANEAS de baja complejidad existe gran heterogeneidad respecto a las condiciones de base y sus requerimientos de cuidado, es por ello que a continuación se ahonda en algunas indicaciones específicas:

Niños y niñas postrados

Educar a la familia en prevención de úlceras por decúbito y posicionamiento e incorporar precozmente al Programa de Postrados de cada CESFAM para que reciban prestaciones asociadas, incluyendo atención en domicilio con una frecuencia adaptada a la necesidad de cada niño o niña.

Indicar que a modo de cuidados generales de cualquier alteración de la piel se requiere una nutrición e hidratación adecuada. Los cuidados específicos se pueden dividir en cuidados de la piel, control de la humedad y manejo de la presión [87]:

Cuidados de la piel.

- Mantenga la piel en todo momento limpia y seca.
- Utilizar jabones neutros o de glicerina.
- Lavar la piel con agua tibia y realice un secado meticuloso sin fricción.

Control de la humedad.

- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcohol (de romero, colonias, etc.)
- Aplicar cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Preferentemente usar ropas de tejidos naturales (algodón).
- En caso de irritación en zona genital, realizar lavado en cada muda y si fuera necesario colocar crema protectora.

Manejo de la presión.

- Para reducir las posibles lesiones por fricción se pueden usar apósitos protectores.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas (codos, rodillas, cadera, etc.).
- No utilizar cojines (Ejemplo: picarones), en zonas de apoyo pueden generar presión y producir lesiones en la piel.
- Realizar cambios de posición cada 4 horas, en caso de permanecer en cama todo el día.
- Movilice de acuerdo a los ejercicios que haya aprendido en el proceso de rehabilitación.

Niños y niñas con corticoides de uso prolongado, baja movilidad y uso de anticonvulsivantes Este grupo tiene alto riesgo de osteoporosis, por lo tanto es primordial prevención de caídas por riesgo de fractura en hueso patológico (osteoporosis).

Niños y niñas con dispositivos y tecnología médica de apoyo

VDVP: Válvula para Derivación Ventrículo Peritoneal

Este dispositivo no requiere de ninguna intervención en APS, en caso de sospecha clínica de disfunción, debe derivarse, según lo expuesto en las Banderas Rojas

Oxigenoterapia

Se mantienen las recomendaciones según Programa AVNI[37].

Ostomías y sondas

Los niños y niñas con ostomías y sondas requieren que sus cuidadores estén capacitados respecto a su manipulación, es por ello que el equipo de APS debe reforzar constantemente los cuidados habituales e indicar manejo en caso de complicaciones:

Cuidados de gastrostomía (GTT)

La gastrostomía es un método de alimentación directa a estómago, donde la mucosa gástrica adherida a la piel del abdomen se conoce como “ostoma”, el que puede tener un botón o sonda de gastrostomía para permitir la permeabilidad del ostoma y la administración de alimentos o medicamentos.

37 Ver MINSAL, «Normal Técnica Programa de Asistencia ventilatoria no invasiva (AVNI) en APS» 2013 [En línea].Available: http://respiratorio.minsal.cl/PDF/AVNI/PROGRAMA%20AVNI%20Norma%20Tecnica%202013.pdf . Último acceso: febrero 2014].

Los cuidados generales de la GTT son [87] [86]:

- Aseo habitual de la piel: lavado de manos y aseo de la piel alrededor de la GTT con agua tibia y jabón neutro, 1 a 3 veces al día: limpiar suavemente con conitos empapados en una mezcla de mitad de agua y mitad de peróxido de hidrógeno las zonas cercanas a la inserción del tubo que estén resecas y/o costrosas, enjuguando con abundante agua tibia. Secar la superficie con suavidad (tocaciones evitando arrastre). Una vez seca idealmente dejar sin cubrir, expuestas al ambiente el máximo tiempo posible.
- Girar la sonda en 360º para evitar adherencia, desplazar algunos centímetros hacia adentro y afuera. Estas maniobras no deben producir dolor.
- Limpiar el interior de la sonda (o botón) con agua tibia, antes y después de cada alimentación con 5 a 10 cc de agua tibia para mantenerla permeable. En caso de alimentación continua, realizar este procedimiento cada 4 horas.
- Fijación y sujeción adecuada de GTT. Si se trata de una sonda, esta debe tener un sistema de tope, que impida la migración de la sonda, evitando también la filtración periostomal. En el caso de los botones de GTT, basta con gasa y tela adhesiva hipoalergénica. En ambos casos debe quedar ajustada, no excesivamente apretada (“incrustada” en la piel) ni excesivamente suelta; que se mueva libremente hacia adentro y afuera.
- Evitar que el niño o la niña con gastrostomía se tire la sonda. Si es necesario fijar la sonda con tela adhesiva.
- Vigilar el estado de la sonda/ botón, del balón, tiempo de permanencia de ésta y período de recambio.
- Lavar la jeringa después de usarla y mantener el material que usa limpio y seco.
- Chequear la ubicación adecuada del extremo de la sonda a través de una marca indeleble o número predeterminado, chequear si ha migrado, traccionar suavemente si se sospecha que se ha introducido accidentalmente más de la cuenta. Siempre, antes de alimentar, traccionar suavemente para asegurar que está en ubicación adecuada.
- Limpie la boca y dientes 3 veces al día a pesar de que no coma por aquí.
- Colocar vaselina en los labios de la persona con gastrostomía para prevenir la sequedad.
- No mezclar medicamentos con alimentos.

Para alimentar por Gastrostomía debemos seguir estos pasos [87]:

a. Lávese las manos
b. Junte todos los materiales: jeringa, recipiente con alimento, toalla nova, agua hervida fría.
c. Coloque a la persona con gastrostomía sentada.
d. Inserte la punta de la jeringa en la mamadera o vaso y aspire unos 20 cc de alimento.
e. Luego conecte la jeringa a la sonda.
f. Pase el alimento lentamente hacia la cavidad estomacal. Sin ejercer presión.
g. Espere unos 5 minutos y vuelva a repetir.
h. Cuando le haya dado toda la alimentación, lave la sonda, pasando 5 ml de agua hervida fría.
i. Deje todo limpio, seco y ordenado.

Ante salida accidental [86]:

- Revisar si se produjo con balón inflado o desinflado, que puede implicar traumatismo local.
- Revisar la ostomía, indemnidad, sangramiento
- Evaluar estado del ostoma, presencia de fisura, sangramiento desde el estómago o externo.
- Debe colocarse la sonda antigua, u otra nueva, lo antes posible, ya que el orificio tiende a cerrarse con rapidez (salvo en los casos que la cirugía es reciente, menor de 7 días, porque el trayecto aún no está formado y se corre el riesgo de hacer falsa vía) Según las capacidades y entrenamiento de los cuidadores, puede ser realizado por ésta o por

  personal entrenado.
- Revisar siempre, tras la colocación, la correcta inserción en cavidad abdominal, En casos de dudas, puede corroborarse bajo visión radiológica (radioscopía infundiendo aire y/o

bario).

Complicaciones que requieren atención de especialista [81]:

- Si la sonda se sale.
- Si la sonda se tapa (puede intentar destaparla pasando agua tibia con una jeringa pequeña).
- Dolor en el sitio del ostoma.
- Salida de contenido amarillento o verdoso de mal olor desde el estoma.
- Sangramiento del ostoma.
- Salida de leche o alimento en abundancia, desde el estoma.
- Náuseas o vómitos.

Sonda naso enteral:

Tubo de material flexible instalado por vía nasal hasta el intestino delgado (duodeno) bajo visión radiológica o endoscopía, el propósito de esta sonda es que el niños o la niña reciban alimentación por vía enteral y en algunos casos medicamentos [88].

Cuidados

- Lavarse las manos cada vez que realice alguna atención al niño o la niña con sonda.
- Realizar aseo de cavidad nasal y bucal según necesidad.
- Realizar una buena fijación de la sonda a la piel para evitar desplazamientos.
- Permeabilizar la sonda con al menos 20 cc de agua cada vez que finalice de entregar alimento o medicamento.
- Rotar la fijación de la sonda cada 24 horas para evitar lesiones de la piel.
- Mantener al niño o la niña semi-sentado durante la infusión de alimentación.
- Si se suspende la alimentación por más de 30 minutos permeabilizar la sonda con agua para evitar obstrucción.
- Cambiar diariamente la jeringa con que se administre agua o medicamentos.
- Realice cambios de posición para dejar al paciente recostado.

Manejo en caso de desplazamiento o salida accidental

- No colocar la sonda nuevamente, porque este procedimiento lo realiza profesional capacitado bajo rayos.
- Contactar al médico tratante.

Manejo en caso de diarrea o vómitos

- Suspender la alimentación y acudir a servicios de urgencia en el hospital.

Sonda vesical intermitente

El objetivo de esta sonda es evacuar completamente la vejiga, este procedimiento puede ser realizado por los padres o cuidadores de niños y niñas que requieren cateterismo [81].

Manejo y cuidado de cateterismo [81]:

1. Lo primero que debemos realizar es reunir los materiales, sonda para cateterismo, lubricante (vaselina estéril), guantes, recipiente.
2. Luego se lavan las manos con abundante agua y jabón, se debe realizar un aseo genital, se abre la sonda para cateterismo se lubrica.
3. Instalar el catetrismo:
    - En el caso de los varones se sostiene el pene de los lados perpendicular al cuerpo, se inserta la sonda y se avanza lentamente, a nivel de la próstata se siente un poco de resistencia, avanzar suavemente la sonda, cuando aparece orina es necesario introducir 1 a 2 cm.
    - En las mujeres se ubica el orificio uretral (meato) que está ubicado bajo el clítoris, con ayuda de los dedos separar los labios comenzar a introducir la sonda en el meato, suavemente y en dirección al ombligo, cuando lleves entre 5 a 7 cm comenzará a fluir la orina.

4. Una vez que termina de fluir orina la vejiga está vacía, se retira la sonda lentamente y se desecha el material utilizado
5. En ambos casos es bueno mantener un registro del horario y cantidad de orina eliminada.
    - Cuándo acudir al Médico [87]:
    - En presencia de dolor o picazón.
    - Disminución de la cantidad de orina eliminada.
    - Sangre en la orina.
    - Fiebre.
    - Mal olor o cambios en el color de la orina.

b) Consulta Nutricional Infantil

Todo niño o niñas con necesidades especiales deben tener un ingreso nutricional realizado por nutricionista (Ver subsección “Consideraciones en la evaluación nutricional de niños y niñas con necesidades especiales”, Capítulo 2), de acuerdo a cuya diagnóstico de ingreso, se elaborará un plan de intervención y se gestionarán las derivaciones pertinentes, para evaluación, diagnóstico y tratamiento y/o estudio complementario, en caso de ser necesario.

La consulta nutricional tiene por objetivo hacer una evaluación nutricional objetiva, elaborar un diagnóstico nutricional, detectar oportunamente problemas de hábitos alimenticios y actividad física, supervisar la vía de alimentación y vincular a la familia con los programas o actividades existentes que promocionen hábitos de vida saludables de la localidad.

La consulta nutricional permitirá entregar recomendaciones de ajuste de aporte nutricional de acuerdo a las necesidades individuales de cada niño, según la condición y el diagnóstico nutricional integrado.

Profesional	Nutricionista			
Instrumento a aplicar	Ficha de ingreso a nutrición pacientes NANEAS			
Rendimiento	Acceso	Modalidad	Material a entregar	Formulario SRDM
+ 15 min (agregar 15 min al rendimiento estándar)	Específico	Individual	Cartillas o dípticos según edad y pertinencia	"Control de salud" ante riesgo biopsicosocial, variación o extinción de un riesgo detectado anteriormente entre los 0 a 4 años.

Anamnesis

Esta información a recolectar o preguntar es complementaria a la establecida en el control de salud infantil correspondiente por edad (Ver Capítulo 3 "Controles de salud Infantil por edad").

- Revisar antecedentes de alimentación, tránsito intestinal y actividad física recolectados en
- Control Integral de Ingreso (NANEAS)
- Vías de alimentación
- Qué alimentos, en qué horarios, en que consistencia

Examen físico y evaluación integral

Se deben realizar las acciones del control de salud infantil estándar de cada control según corresponda a la edad y la condición del niño o la niña (Ver Capítulo 3 "Controles de salud Infantil por edad").

Evaluaciones específicas a requerimientos especiales

Antropometría	- Considerar la técnica de medición de talla para pacientes que no puedan lograr la extensión completa de pie o en decúbito (Ver subsección "*Consideraciones en la evaluación nutricional de niños y niñas con necesidades especiales*", Capítulo 2). - Para algunas condiciones especiales de salud existen disponibles curvas de crecimiento específicas, elaboradas sobre población extranjera, pero que podrían servir de complemento para el diagnóstico nutricional[38].

Diagnóstico

a. Diagnóstico Nutricional Integral según edad

Banderas Rojas

Las siguientes banderas rojas son complementarios a las señaladas en los control de salud infantil estándares correspondiente por edad (Ver Capítulo 3 "Controles de salud Infantil por edad").

Indicaciones

- Vía, técnica y método de alimentación
  Indicación de alimentación y horarios
- Poner énfasis en dieta rica en fibra y agua libre en aquellos con tendencia a la constipación y en especial en aquellos que no tienen la capacidad de expresar si tienen sed.
- Hacer ajustes de aportes nutricionales de acuerdo a diagnóstico nutricional y gasto energético.
- Fijar fecha de nueva evaluación nutricional, al menos una vez al año o más frecuente según sea considerado por nutricionista.

38 Ver anexo 23: Material de apoyo para prevención y promoción de la salud para naneas

ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DE NANEAS

Una vez que se han realizado los ingresos correspondientes, el equipo deberá dar seguimiento a niños y niñas, se entregarán los controles por calendario a los cuales se les podrá adicionar otros controles o atenciones de salud según lo estime necesario el equipo de salud de cabecera.

a) Controles de salud infantil de seguimiento

La frecuencia de los controles de salud dependerán de cada caso, pero debe seguir al menos el ritmo de la supervisión recomendado en la Tabla 17. A pesar de la recomendación ahí expuesta, en cada atención, al momento de determinar el siguiente control, se debe considerar la necesidad de una evaluación más cercana de acuerdo a estabilidad de su condición de salud, necesidad de modificación de medicamentos, control pondoestatural, etc.

Tabla 19: Recomendación de frecuencia mínima, profesional y tiempo de consulta destinado para la supervisión de salud de NANEAS de baja complejidad.

	Actividad	Profesional	Adicional*	Rendimiento Estándar	Total
Menor de 2 años	Control de Salud 1 mes	Médico	+ 30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 2 meses	Enfermero/a	+30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 3 meses	Médico	+30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 4 meses	Enfermero/a	+30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 6, 9 y 12 meses	Médico	+ 30 min	30 min	60 min
	Control de Salud 8 y 18 meses**	Enfermero/a	+ 30 min	45 min	1 hr 15 min
	Consulta Nutricional (anual)***	Nutricionista	+ 15 min	30 min	45 min
Mayor de 2 años	Control de Salud (semestral)	Médico	+ 30 min	30 min	60 min
	Control de Salud de 3 años**	Enfermera	30 min	45 min	1 hr 15 min
	Consulta Nutricional (anual)***	Nutricionista	+ 15 min	30 min	45 min

Fuente: Elaborado por Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría y Programa Nacional de Salud de la Infancia (2013).

*Rendimiento adicional, se agrega al rendimiento habitual del Control de Salud Infantil según edad.

*Se agrega rendimiento adicional sólo en caso de niños y niñas que puedan ser evaluados con Test del desarrollo psicomotor.

***Se agrega rendimiento adicional a la Consulta Nutricional universal.

Anamnesis: Actualizar los puntos expuestos en anamnesis del ingreso, registrar intercurrencias (especialmente registro de hospitalizaciones y efectos adversos a medicamentos), revisar cumplimiento de indicaciones y recomendaciones de control anterior, revisar indicaciones y actualizaciones si hubo visita a especialistas o terapeutas en el período intercurrente.

Examen físico y evaluación sensorial según lo explicitado en la visita del ingreso.

Diagnósticos e Indicaciones de acuerdo a lo sugerido para la visita de ingreso y fijar próxima fecha de control.

En usuarios y usuarias con uso de tecnología médica de apoyo,en cada control se debe revisar que la familia y cuidadores tengan una adecuada educación y capacitación en el funcionamiento de terapias específicas como oxigenoterapia, cuidados de ostomías, sonda nasogástrica, sondeo vesical intermitente, válvula derivativa, monitores y motor de aspiración, entre otras.

b) Reunión de equipo con la FAMILIA

Luego de la evaluación de salud, de acuerdo a la organización de cada centro, al menos una vez al año, debiera haber una reunión de equipo multi e interdisciplinario (médico, enfermera, nutricionista, kinesióloga,

educadora, odontólogo, asistente social, psicólogo y terapeutas si los hubiere en el centro de APS), en conjunto con la familia para delinear los cuidados, planificar el enfrentamiento del niño o la niña, compartir responsabilidades en las decisiones, consentir informada mente sobre los cuidados, fortalecer el vínculo de colaboración entre los profesionales y la familia y facilitar la retroalimentación de la información y de las acciones entre los cuidadores médicos y no médicos y familia. También esta instancia podrá facilitar la detección de puntos de conflicto o necesidades no satisfechas y también podrá reforzar los avances y situaciones o experiencias positivas.

c) Enlace APS-Atención secundaria/Terciaria

La integración, referencia, contrarreferencia, coordinación y comunicación continua entre los profesionales de los distintos niveles de atención es de primera importancia para lograr una atención de calidad para los NANEAS y sus familias y hacer la transición a equipo de seguimiento después de los 10 años.

Para el efectivo y eficiente funcionamiento de la atención de NANEAS en APS, es necesaria la fluida comunicación entre la atención primaria, secundaria y terciaria. Es deseable la comunicación directa vía telefónica o por correo electrónico cuando sea necesario esclarecer diagnósticos, indicaciones de cuidado, tratamientos, actividades y/o plan de intervenciones.

Los diagnósticos, indicaciones, medicamentos, exámenes y fecha de próximo control deben ser entregados a las familias por escrito y consignadas en la ficha clínica, de modo de que los niveles de salud conozcan y sepan cuáles son las actividades que se están realizando en los distintos niveles y puedan así complementarse y potenciarse, más que duplicar esfuerzos.

El nivel secundario y terciario debe entregar la siguiente información al nivel primario, de modo que éste pueda organizar y planificar las actividades que realizará:

Atención secundaria de salud

a. De acuerdo a lo planificado en control previo: Cuando el o la paciente retorne desde la atención secundaria, debe traer en el Cuaderno de Salud de la Niña y el Niño, por escrito las indicaciones, la fecha del próximo control y la solicitud de exámenes si lo amerita. De esa forma se coordinará la siguiente visita, oportunidad en que el equipo de APS puede generar preguntas al especialista que haya surgido en el lapso entre los controles.
b. En caso de descompensación de su problema de base: Cuando la descompensación de la patología de base no pueda ser resuelta en APS, pero tampoco tenga la gravedad para consultar en atención terciaria, se derivará a atención secundaria, considerando que es una descompensación que puede esperar un lapso de tiempo habitual por las listas de espera. Será importante el contacto fluido entre médicos o enfermeras de APS y atención secundaria, para que los tiempos de espera sean reducidos y oportunos.
c. Evaluación por nuevo problema de salud sospechado o detectado: En estos casos, es probable que se deba contactar a un especialista que no estaba participando previamente, en ese caso, se debe generar una interconsulta a la especialidad correspondiente.

Atención terciaria de salud

a. Urgencias: en caso de descompensación grave de su problema de base o en caso de enfermedad aguda grave.
b. Hospitalización por descompensación de patología de base o enfermedad aguda
c. Hospitalización programada para procedimiento, estudios específicos intrahospitalarios, cirugías programadas, etc. Copia de la epicrisis/ diagnósticos, controles/ medicamentos y los controles pos alta en atención secundaria

2. PREMATUROS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



En Chile, la mortalidad infantil ha ido disminuyendo en forma considerable, gracias a los avances en salud, a la mejoría en condiciones y calidad de vida de la población, urbanización, acceso a agua potable y educación (Fuente Programa Nacional de Salud en la Infancia). Sin embargo, hoy se vuelve más difícil disminuir la mortalidad infantil, dada la complejidad asociada de los problemas de salud y prematurez que afectan a los niños y niñas que fallecen.

El núcleo duro de la mortalidad infantil sigue concentrado en la mortalidad neonatal y neonatal precoz, asociada en su mayoría a la prematurez. La sobrevida de los niños y niñas prematuros depende de la edad gestacional y el peso al nacer; mientras menor sean existe mayor mortalidad y riesgo de secuelas. La prematurez se asocia a un mayor riesgo de secuelas biopsicosociales, por lo que hoy, el esfuerzo no está centrado solamente en disminuir la mortalidad de este grupo, sino en mejorar su calidad de vida y disminuir las secuelas.

Parto prematuro se considera todo parto que tenga lugar antes del cumplimiento de las 37 semanas de gestación, en la presente normativa se utilizará una clasificación pertinente para distinguir las acciones que debe realizar el equipo de atención primaria, aunque no se ajuste necesariamente a la normativa internacional, a saber:

Clasificación	Semanas de gestación al nacimiento
Extremo	< 32 semanas o peso ≤ 1.500 g.
Moderado	32 a 33 semanas y 6 días y peso > 1.500 g.
Tardío	34 a 36 semanas y 6 días y peso > 1.500 g.

Prematuro Extremo (< 32 semanas)

El grupo de nacidos antes de las 32 semanas de vida o 1.500 gramos al nacer, representa el 1% de los nacimientos en Chile. De este grupo entre un 15-30% fallece, presentando el resto mayor riesgo de enfermedades o secuelas como enterocolitis necrotizante, membrana hialina, displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro y problemas del neuro-desarrollo entre otros.

Este grupo de niños y niñas presentan mayor riesgo de enfermedades como membrana hialina, displasia broncopulmonar y retinopatía del prematuro. El programa de seguimiento del prematuro extremo establece sus orientaciones para la atención a través de su normativa técnica y Guías Clínicas Ges.

El mayor riesgo de secuelas en este grupo (parálisis cerebral, retraso mental, ceguera o sordera) son mayores en niños y niñas a menor peso y menor edad gestacional, y son más severas en niños y niñas con hemorragia intraventricular grado III y V. Se benefician de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

Prematuro Moderado y Tardío

Los prematuros moderados y tardíos constituyen alrededor del 6 a 8% de los nacidos vivos, constituyendo un grupo de riesgo intermedio de morbimortalidad entre los prematuros extremos y los de término. Es 4 a 5 veces más numeroso que los menores de 32 semanas. Alrededor de 40 a 50% de este grupo se hospitaliza, pero un porcentaje importante se va de alta directamente con su madre en condiciones de adaptación no completa.
El grupo que nace entre las de 32 a 33 semanas y 6 días, es hospitalizado postnatalmente hasta resolver

los problemas derivados de su prematurez, por lo cual el enfrentamiento de la atención ambulatoria es diferente. Este grupo presenta morbilidad respiratoria, infecciosa y/o metabólica y completa su período de adaptación durante la hospitalización.
El grupo de prematuros de 34 semanas o más suele tener buen peso al nacer, lo que hace que no se perciba el nivel de riesgo. Alrededor del 30% de este grupo nace a las 34 semanas y el 55% de los de 35 semanas pesan más de 2.500g al nacer y en menor porcentaje más de 3.000g.

Los niños y niñas prematuros tardíos que son dados de alta precozmente no han tenido dificultad respiratoria, han termorregulado bien, se ha descartado hipoglicemia, se han alimentado adecuadamente. Sin embargo, los problemas más frecuentes que estos niños y niñas presentan son la hipoalimentación, ictericia y trastorno de termorregulación. El riesgo de desarrollar enfermedades crónicas del adulto es mucho menor en este grupo que en el resto de los prematuros y sólo es significativo para los que han sido Pequeños para Edad Gestacional (PEG).

Al alta generalmente los problemas de termorregulación, alimentación, labilidad respiratoria, están superados, pero pueden tener secuelas o complicaciones y requieren un seguimiento de crecimiento y desarrollo especial.

PRESTACIONES DEL NIVEL TERCIARIO A PREMATUROS

Existen una serie de prestaciones que se entregan en el nivel terciario antes de dar de alta al prematuro o la prematura (la cual se produce como mínimo a las 60 horas después del nacimiento, extendiéndose según el grado de prematurez o complicaciones presentes) y el equipo de atención primaria debe verificar su cumplimiento y dar seguimiento en caso que fuera el caso, dentro de las que se destacan:

Auditivo a prematuros extremos (GES)
El prematuro o la prematura extremo está más expuesto a daño de la vía auditiva debido fundamentalmente a infecciones congénitas (TORCH26), ventilación mecánica por más de 48 horas, uso de medicamentos ototóxicos, hiperbilirrubinemia y asfixia neonatal. Dentro de las garantías explícitas de salud para este grupo se encuentra el screening auditivo automatizado antes del alta de neonatología, la confirmación diagnóstica ante sospecha de hipoacusia neurosensorial bilateral, tratamiento (audífonos o implante colear) y primer control de seguimiento [83].

Retinopatía en Prematuro (GES)
Cuando se produce un nacimiento prematuro, el proceso de vasculogénesis normal de la retina puede alterarse. Una multiplicidad de factores pueden provocar una detención y luego un crecimiento anormal de los vasos retinales, dado a lugar a una retinopatía del Prematuro. Dentro de las Garantías Explícitas de Salud a prematuros extremos se encuentra un primer screening con fondo de ojo por oftalmólogo dentro de las primeras 6 semanas de vida y control oftalmológico hasta lograr la madurez retina, confirmación diagnóstica de toda sospecha de retinopatía dentro de las 48 horas, tratamiento en las 24 horas siguientes y seguimiento [84].

Displasia broncopulmunar
Los prematuros y las prematuras con requerimientos de oxígeno mayor de 21% por más de 28 días, se podrán hacer efectivas las garantías para el tratamiento posterior a las 24 horas de la confirmación diagnóstica y control de seguimiento dentro de los siguientes 14 días [85].

Toma de muestra Fenilquetonuria (PKU) e Hipotiroidismo Congénito (HC)
En el prematuro o la prematura menor de 37 semanas de gestación, la muestra de sangre en papel filtro se debe tomar al séptimo día de edad, siempre que esté recibiendo alimentación láctea materna o artificial al menos 24 horas previo al examen. No esperar el momento del alta. Mientras que en prematuros y prematuras de menos o igual a 35 semanas de gestación al nacimiento, se deberán recolectar dos muestras, la primera los 7 días y una segunda a los 15 días de edad cronológica [49], ya que se ha demostrado que el valor de TSH en prematuros se encuentra disminuido debido a la inmadurez, lo que podría producir un falso-negativo [50].

Lactancia materna precoz durante la hospitalización
En las Neonatologías deben realizar todos los esfuerzos para un adecuado comienzo de la lactancia, tales como la extracción de leche materna frecuente iniciándose dentro de las primeras 6 horas de vida del niño o la niña, contacto piel con piel o método canguro, acople precoz al pecho según desarrollo de la succión, cuando sea necesario dar leche extraída, contar con lactarios, permitir que la madre se extraiga lecha junto a su hijo o hija y utilizar métodos que no interfieran con el correcto acople y succión al momento de alimentar al niño o la niña, evitando el uso de mamaderas y chupetes.

Inmunizaciones durante la hospitalización
La vacuna BCG se aplica generalmente en la Maternidad, sin embargo en el prematuro de ≤ 1.500g se debe esperar hasta que alcance los 2.000g para administrarla. En el caso de los prematuros que cumplan los 2 meses de vida hospitalizados, la vacuna Pentavalente será administrada en la Neonatología, debiéndose aplazar la administración de la Polio Oral hasta que el niño o la niña sea dado de alta, pues dicha vacuna utiliza virus polio vivo atenuado contraindicado para sujetos inmunodeprimidos.

Además prematuros y prematuras extremos menores de 6 meses de edad cronológica, con diagnóstico de DBP recibirán 4 dosis de la vacuna Palivizumab cada 30 días, la primera se entrega generalmente en la Neonatología entre los meses de Mayo y Septiembre y las posteriores dosis serán administradas por la enfermera a cargo en los respectivos CDT de cada establecimiento de salud [86].

PRESTACIONES DEL NIVEL PRIMARIO Y SECUNDARIO POST ALTA

Posterior al alta del nivel terciario, el nivel primario y secundario asume el seguimiento de este grupo, con un calendario de controles, consultas y visitas domiciliares integrales a prematuros extremos y tardíos específicos.

Dado que los niños y las niñas prematuros tienen inmadurez en diferentes aspectos de su desarrollo, es necesario corregir su edad cronológica para realizar una evaluación que se ajuste a las condiciones presentes al momento de nacer. La técnica para corregir edad en prematuros, es muy sencilla y consiste en restar a la edad cronológica al número de semanas de diferencia entre el nacimiento y la fecha probable de parto (40 semanas).

Para corregir la edad de un niño o niña prematuro es necesario tener un calendario, para contar los días precisos que el niño o la niña ha cumplido. Los cálculos se realizan en días, pero su interpretación se formula en semanas cumplidas.

La fórmula es:

(Edad Cronológica-real en semanas) – (40 semanas – Nº de semanas de gestación al nacimiento) = **Edad corregida**

Por ejemplo:

- **Caso 1: Una niña nacida el 30 de Octubre del 2013 con 32 semanas de gestación ¿Qué edad tienen si es evaluada el 6 de Enero de 2014?**

RESPUESTA
Edad cronológica:(1 de octubre + 30 de noviembre + 31 de diciembre + 6 de enero)= 68 días
(40 semanas – 32 semanas)* 7: 56 días faltaban para que naciera de término.
Edad corregida: 68 días de edad cronológica – 56 días faltaban para nacer de término=12 días
Interpretación: La niña tiene 1 semana edad corregida (cumplida).

- **Caso 2: Un niño nació el 11 de Noviembre del 2013 con 35 semanas de gestación ¿Qué edad tienen si es evaluado el 20 de Noviembre de 2013?**

RESPUESTA
Edad cronológica: 9 días
(40 semanas – 35 semanas)* 7: 35 días faltaban para que naciera de término.
Edad corregida: 9 días de edad cronológica – 35 días faltaba para nacer de término= -26 días
Interpretación: La niña tiene 36 semanas de gestación corregida.

¿Hasta cuándo corregir edad?

Para efectos de la supervisión integral de grupo de prematuros, la corrección de edad varía según la edad gestacional del niño o la niña. En los prematuros de extremos se realiza este procedimiento hasta los 24 meses, mientras que en los moderados y tardíos hasta los 12 meses.

Tabla 20: Corrección de edad según prematurez

Clasificación	Corrección de edad
Extremo	Hasta los 24 meses
Moderados	Hasta los 12 meses
Tardío	Hasta los 12 meses

Luego de cumplida la edad límite máxima descrita en la Tabla 18, se efectúan los controles de salud infantil según la edad cronológica del niño o la niña.

a) Acciones según edad cronológica o corregida

Existen algunas acciones que son universales pero que deben ser realizadas según edad cronológica (real) o edad corregida, independiente de que el control se realiza con edad corregida, a saber:

Tabla 21: Atenciones a prematuros extremos, moderados y tardíos según edad corregida o cronológica

Acción		Edad	Corregida/cronológica
Vacunación APS		Según calendario PNI	Cronológica, con consideraciones estipuladas anteriormente.
Protocolo neurosensorial		2 meses	Corregida
Solicitud radiografía de pelvis		2 meses	Corregida
Escala Edimburgo (Madre)		2 y 6 meses	Cronológica
Tests del DSM	**De los 8 meses**	8 meses	Corregido
	De los 18 meses	21 meses	*Extremo:* Corregido
		18 meses	*Tardío y moderado: Cronológico*
	De los 36 meses	36 meses	*Tardío y moderado:* Cronológico
		42 meses	*Extremo:* Cronológico
Acompañándote a descubrir		Según calendario de controles	Cronológico
Massie-Campbell		4 y 11 meses	*Extremo:* Corregido
		4 y 12 meses	*Moderado (32 a 33+6 semanas):* Corregido *Tardío (34 a 36+6 semanas):* Cronológico
Incorporación de alimentación complementaria		4 a 6 meses	Corregido
Consulta nutricional		4 a 5 meses	Corregido
Suplementación hierro y vitamina D		12 meses	Corregido

*Se debe aplicar en el control más próximo a la edad cronológica realizado en APS
Fuente: Elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido Alto Riesgo de la SOCHIPE y Programa Nacional de Salud de al Infancia MINSAL (2013).

a) Calendario de controles prematuro extremo

En oferta de prestaciones para niños y niñas de prematuros extremos se deben seguir los esquemas establecidos, los cuales incluyen atenciones en el nivel secundario y primario, estableciéndose un calendario de controles de ambos niveles, consultas con especialista (Neurólogo, Oftalmólogo y Otorrinolaringólogo) y de visitas domiciliares integrales dado el alto riesgo que representa esta condición para el desarrollo, sobrevivencia y morbilidad del niño o la niña.

Visitas domiciliares integrales (VDI): Las VDI deben ser indicadas según los riesgos detectados y requerimientos de la familia, sin embargo es de vital importancia que antes del alta de la Neonatología el equipo de APS visite a la familia, ya sea para evaluar las condiciones de la familia y el hogar para recibir al niño o niña prematuro como para orientar y asesorar a la familia en las medidas de cuidado. Los hallazgos y/o evaluación de la VDI deben ser reportados a la asistente social del nivel terciario y el equipo tratante en el nivel secundario.

Controles de salud de ingreso y seguimiento

- **Control de ingreso:** Los prematuros y las prematuras extremos son ingresados a controles en el nivel secundario dentro de las 48 a 72 horas post alta del hospital y en el nivel primario dentro de los 7 a 10 días del alta, es vital que en dichas actividades ambos niveles corroboren que la familia conoce y sabe cómo será el esquema de controles y las razones de ello.

- **Controles de seguimiento:** A partir de las 40 semanas de edad gestacional corregida los controles de salud programados para el prematuro o las prematura extremo, están diseñadas para que los niños y las niñas san evaluados en paralelo pero coordinadamente con por el nivel secundario y primario. Los controles realizados en la APS deben incluir todos los contenidos del control de salud infantil estándar de la edad más próxima (Ver Capítulo 3 “Controles de Salud Infantil por edad”), incorporando complementariamente algunas evaluaciones o considerando antecedentes específico para este grupo. Hasta los 24 meses los prematuros extremos deben ser evaluados con edad corregida, sin embargo existen algunas actividades que deben ser realizadas según edad cronológica, las cuales se detallan en la Tabla 20, desde los 3 años los prematuros extremos deben ser controlados anualmente por el equipo de los niveles primario y secundario. Finalmente, a los 7 años los prematuros extremos son dados de alta del nivel secundario y continúan con sus controles anuales en el nivel primario.
  Se debe tener como consideración especial que en el control de los 10 meses, se debe entregar dos fichas de PNAC para que la madre pueda retirar la leche a los 10 y 11 meses pos alta, dado que no se realizará un control a los 11.

Consultas con especialista: Paralelamente a los controles de salud, también se deben entregar atenciones por especialista:

- **Neurólogo:** A las 40 semanas de edad corregida a más tardar, debe recibir atención por el Neurólogo, y hacer seguimiento a los 3, 9 ,15, 24, 48 y 84 meses
- **Oftalmólogo:** Idealmente después de las 4 semanas de vida, a los 12 meses y a los 1, 4 y 7 años.
- **Otorrinolaringólogo:** Además de cumplirse la pesquisa de indemnidad auditiva antes de las 40 semanas de EC, el recién nacido o nacida además debe recibir además atención por Otorrinolaringólogo a los 1, 2, 4 y 7 años.

Consulta Nutricional:

- **Consulta nutricional universal de los 5 meses** debe ser entregada a entre los 4 a 6 meses de edad corregida, dado que algunos casos muy particulares es necesario incorporar antes de los 6 meses la alimentación complementaria, por lo que es necesario que se entregue esta prestación para promover un estilo de alimentación y vida saludables.
- **Consulta Nutricional e los 3 años y 6 meses:** La consulta nutricional de los 3 años y medio será realizada en edad cronológica al igual que el resto de los niños y niñas de término.

Tabla 22: Calendario de Controles, Consultas y Vistas Domiciliares a Prematuros Extremos.

Edad/Momento			Acciones				
			Controles	Especialista			VDI
				Neurólogo	Oftalmólogo	Otorrino	
Durante la estadía de neonatología							X[2]
Post alta de neonatología		3 – 5 días Ingreso Nivel Secundario	X				
		7 – 10 días Ingreso APS	X				
Edad gestacional corregida		35-40 semanas	X[1]				
		40 semanas		X	X	X	
Edad corregida	Meses	1	X				
		2	X				
		3	X	X			
		4	X				
		6	X				
		4 a 5	CN [3]				
		7	X				
		8	X				
		9	X	X			
		10 y/ó 11	X[4]				
		12	X		X	X	
		15	X	X			
		18	X				
		21	X				
Edad cronológica		24	X	X		X	
		30	X				
	Años	3	X				
		3 ½	CN[3] X				
		4	X	X	X	X	
		4 ½	X				
		5	X				
		5 ½	X				
		6	X				
			X				
		7	X	X	X	X	
Nivel Primario			X	Nivel Secundario			X

Fuente: Elaboración conjunta Comité de Seguimiento Recién Nacido Alto Riesgo de la SOCHIPE y Programa Nacional de Salud de al Infancia MINSAL (2013).

1. Se entregan controles semanales desde el alta del nivel terciario hasta las 40 semanas, la edad de inicio de estos controles depende de la edad gestacional corregida al alta y su frecuencia depende de cada caso y será establecido por el equipo del nivel secundario.
2. Se debe realizar una Visita Domiciliaria Integral por el equipo del nivel primario en coordinación con el nivel terciario de salud antes del alta de la Neonatología, para evaluar condiciones del hogar y familiares. El informe de dicha visita debe ser enviado al nivel terciario y también al equipo del nivel secundario que dará seguimiento al niño o la niña.
3. La Consulta Nutricional (CN) universal de los 5 meses y los 3 años 6 meses, la primera se realiza entre los 4 y 6 meses de edad corregida antes del inicio de la alimentación complementaria y la segunda al igual que el resto, con el objetivo de corregir malos hábitos de vida.
4. En el control de salud infantil de los 10 meses edad corregida, el profesional debe completar 2 hojas PNAC, para recibir beneficio de los 10 a los 11 meses, ya que no se realizará control a los 11 meses.

b) Calendario de controles prematuro moderado y tardío

El equipo de nivel terciario deberá evaluar antes del alta si es necesario que el equipo de nivel primario realice una visita domiciliaria integral, para lo cual deberá contactarse directamente, entregar antecedentes y gatillar la prestación, el objetivo de esta visita es de modo de entregar apoyo, evaluar las condiciones del hogar y la familia para recibirlo/a y entregar orientación. No es necesario que todos los niños y niñas prematuros moderados y tardíos reciban visita, esta prestación se gatillará en el nivel primario en caso que el nivel terciario lo solicite, basado en nivel de riesgo indetificado.

Los niños y las niñas prematuros moderados deben ser ingresados dentro de los 3 a 5 días post alta de la Neonatología o Maternidad y los prematuros tardíos entre las 48 a 72 horas, dado que generalmente este último grupo es dado de alta al igual que los niños y niñas de término. Una vez realizado el control de ingreso, los controles de salud de prematuros moderados y tardío deben guiarse por los contenidos establecidos en el control estándar más próximo a la edad corregida del niño o la niña incluyendo, en algunas edades específicas, algunas actividades que deben realizarse según edad cronológica según lo indicado en la Tabla 21.

Los niños y las niñas prematuros moderados o tardíos podrían eventualmente recibir una consulta por especialista en el nivel secundario, según las indicaciones entregadas en el nivel terciario de salud o los requerimientos detectados por el nivel primario.

Tabla 23: Calendario de Controles, Consultas y Vistas Domiciliares a Prematuros Moderados y Tardíos

Edad/Momento		Controles	VDI
Previo al alta del hospital			X[1]
Ingreso a APS en control de la díada-matrona	**Moderado 3 – 5 días**	X[2]	
	Tardío 48 a 72 horas	X[2]	
Semanas Edad Gestacional corregida	**35**	X	
	36	X	
	37	X	
	38	X	
	40	X	
Desde las 40 semanas hasta los 12 meses		*Edad Corregida*[3]	
Después de los 12 meses		Edad Cronológica	
Nivel Primario	X	Nivel Secundario	X

Fuente: Elaboración conjunta P Comité de Seguimiento Recién Nacido Alto Riesgo de la SOCHIPE y Programa Nacional de Salud de al Infancia MINSAL (2013).
1. Dependiendo del riesgo determinado por el equipo del nivel terciario, se debe realizar una Visita Domiciliaria Integral por el equipo del nivel primario en coordinación con el nivel terciario de salud antes del alta.
2. El control de ingreso que reciba el niño o la niña en la APS debe realizarse según las especificaciones indicadas en el "Control de Ingreso" y debe ser complementario al control de la diada.
3. Existen algunas actividades que deben realizarse según edad cronológica, independiente que el control se realice en edad corregida (Ver Tabla 19).

ATENCIÓN EN NIVEL PRIMARIO DE SALUD AL PREMATURO

A continuación se indican los contendidos complementarios que se deben agregar a los controles de salud estándar para la atención integral de niños y niñas prematuros, diferenciando cuando sea necesario prestaciones específicas para prematuros extremos, moderados y tardíos cuando se necesario.

Profesional	Extremo	Médico
	Moderado y Tardíos	Médico o matrona

Material a entregar	Extremo	Formulario PNAC
	Extremos, moderado y tardíos	Cronograma controles de salud infantil en APS y nivel secundario, según corresponda Cartillas o dípticos según edad y pertinencia. Acompañándote a descubrir 1 (pack 1 y 2).
Instrumentos a aplicar	Escala Edimburgo, en todos los prematuros ingresados que tengan 2 meses o más de edad cronológica	

Rendimiento	Acceso	Modalidad	Formulario SRDM
Extremo: 45 a 60 minutos. Moderado y Tardío: 60 minutos (control de la díada)	Específico	Individual	• "Primer control de salud infantil" • "Control de salud" ante riesgo biopsicosocial, variación o extinción de un riesgo detectado anteriormente entre los 0 a 4 años.

Anamnesis

Esta información a recolectar o preguntar es complementaria a la establecida en el control de salud infantil correspondiente al período del recién nacido (Ver Capítulo 3 "Controles de salud infantil por edad", Sección Recién Nacidos).

Antecedentes

- Revisar y adjuntar la epicrisis de la Neonatología y recolectar información para Ficha Clínica de APS.
- Edad gestacional cumplida al nacer (EG)
- Clasificación de la adecuación peso/edad gestacional según Curva de Crecimiento Intrauterina (ver capítulo 2, evaluación nutricional)
- Calcular fecha 40 semanas, a la fecha de nacimiento se le suman las semanas que faltan para completar el embarazo de 40 semanas
- Edad gestacional corregida (EC) al egreso de neonatología y EC al ingreso al Policlínico Prematuro
- Antecedentes psicosociales: Informes de Visita Domiciliaria Integral e Informe psicosocial de neonatología, cuando exista.
- Antecedentes Inmunizaciones: Consignar vacuna BCG.

Preguntas

Prematuros extremos y tardíos

Salud Nutricional

- Tipo de alimentación al alta (lactancia materna exclusiva, parcial o sin lactancia).
- Consignar si recibe suplementos de vitaminas y minerales.
- *Antecedentes crecimiento pondoestatural*
  - ***Si el niño o la niña tiene menos de 40 semanas al momento del ingreso*** Se aconseja utilizar curvas de crecimiento intrauterino ** Evaluar crecimiento post alta graficando la curva visualizando si cambia de canal o bien calculando el incremento en gramos por día (más de 30 g / día)
  - ***Si el niño o la niña tiene más de 40 semanas al momento del ingreso*** utilizar los estándares de la OMS o bien calcular el incremento de gramos por día (más de 20 g /día)
  - La circunferencia de cráneo es el primer parámetro que se recupera, siguiendo el peso y finalmente la talla.

Inmunizaciones

- Consignar administración de otras inmunizaciones en familiares que vivan con el niño o la niña, como bordetella pertussis e influenza.

Antecedentes médicos asociados a la prematurez

- Complicaciones asociadas a la estadía en el hospital: neurológicas, respiratorias infecciosas, cardiovasculares, otras.
- Cirugías durante estadía en el hospital.
- Antecedentes de convulsiones y apneas durante estadía en el hospital.
- Antecedentes o presencia de ostomías: traqueostomías, gastrostomías, ileostomía, colostomías, vesicostomía.
- Si ha presentado apneas desde el alta y su duración (son significativas sobre los 20 segundos).

Antecedentes de consultas en servicio de urgencia o re-hospitalización luego del alta de neonatología y controles en el nivel secundario

- Registrar y adjuntar epicrisis de hospitalizaciones en Pediatría o atención en Servicio de urgencia y evaluar indicaciones, cumplimiento y eventuales derivaciones.

Prematuro extremo

Cumplimiento de las garantías AUGE

- Screening con fondo de ojo dentro de las 6 semanas desde el nacimiento, GES “Retinopatía del Prematuro”
- Screening auditivo antes de su alta de la Unidad de Neonatología, GES “Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro”.
- En caso de antecedentes de displasia broncopulmonar originado en el período perinatal, verificar tratamiento o requerimiento de oxigenoterapia, GES “Displasia broncopulmonar del prematuro”.

Antecedentes Inmunizaciones

- Consignar fecha administración de vacuna Pentavalente.
- Consignar administración de palivizumab en niños y niñas con antecedentes de displasia broncopulmonar.

Examen físico y evaluación integral

El examen físico descrito a continuación es complementario al establecido en el control de salud infantil correspondiente al período del recién nacido y nacidad (Ver Capítulo 3 “Controles de salud infantil por edad”, Sección Recién Nacidos y Nacidas).

Evaluaciones específicas a requerimientos especiales

Antropometría	- En caso de menores de 40 semanas de edad gestacional corregida: Evaluar según curva de Alarcón – Pittaluga de Crecimiento Intrauterino - En caso de mayores de 40 semanas de edad gestacional corregida: Evaluar con Curvas OMS.
Neurológico	- Descartar factores de riesgo descritos en subsección “Actividades y consideraciones complementarias al control de salud infantil de seguimiento de niños y niñas prematuros”, Capítulo 4).

Diagnóstico

Complementario a los diagnósticos requeridos según control de salud infantil estándar correspondiente por edad, se debe agregar:

a. Calificación de edad gestacional al nacer (prematuro extremo o tardío)

b. Edad corregida al momento del control.
c. Clasificación de la adecuación peso/edad gestacional al momento de nacer según Curva de Crecimiento Intrauterina (AEG, PEG, GEG).
d. Incremento ponderal diario.
e. Diagnóstico patologías o problemas de salud del niño o la niña (actual o antecedentes) asociados a su prematurez.
f. Problemas psicológicos de los integrantes de la familia asociados a la prematurez del niño o la niña.

Banderas Rojas

Las siguientes banderas rojas son complementarias a las señaladas en el control de salud infantil estándar correspondiente a los controles del recién nacido y nacidad (Ver Capítulo 3 "Controles de salud infantil por edad", Sección Recién Nacidos y Nacidas

Señal de alerta	Acciones a seguir
Niño o niña que no incrementa adecuadamente de peso diario *extremos* < de 30g *tardío y moderado* < de 20g	Favorecer y optimizar la lactancia materna: - Corregir cuando corresponda succión, acople, técnica de lactancia y evitar sobreabrigo. - Agendar control de peso, cada 48 a 72 horas y si es necesario derivar a consulta o clínica de lactancia materna - Si se detecta que el incremento de peso sigue siendo insuficiente en la reevaluación, administrar formulas complementarias con mecanismos que favorezcan la producción de leche materna y el correcto acople del niño o la niña (sonda al pecho y cuando no sea posible por problemas de succión, sonda al dedo o vasito (Ver sección "*Alimentación*", Capítulo 5). - Revisar técnica de preparación de la fórmula complementaria. - Descartar patología intercurrente. **Extremo** - Si hay LME o predominante, fortificar la leche materna con fórmula de prematuro al 4% (casi 1 medida de 4,7g o media medida de 8,8 g por 100 cc de leche materna extraída) hasta los 2 meses de edad corregida como mínimo (idealmente con sonda al pecho)[39] - Si se alimenta con fórmula exclusiva o predominante: indicar aumentar la frecuencia o volumen (alimentación a libre demanda). **Moderado o Tardío** - Si hay LME o predominante en los *prematuros tardíos*, lo primeros 10 días de vida indicar leche materna extraída alternada con el pecho (dado que este grupo se cansa al succionar). - Si hay LME o predominante en los *prematuros moderados*: ○ Considere fortificar leche materna con leche purita mamá al 2,5% (1/2 medida de 5g por 100cc de leche materna extraída) hasta los 2 meses de edad corregida o menos según curva de crecimiento (idealmente con sonda al pecho). ○ Si no es posible, suplemente con leche purita fortificada al 7,5% con maltosa dextrina al 7,5% (50 ml/Kg/día – ¼ del volumen total de alimentación) o una fórmula de inicio **(sin agregar maltosa dextrina).** - Si se alimenta con fórmula exclusiva o predominante: indicar aumentar la frecuencia o volumen (alimentación a libre demanda).

39 La medida de la fórmula de prematuro usada es PreNAN, cuya medida es de 4,7g, la indicación sería en este caso la indicación es 1 medida casi llena. Si se trata de SMA gold de prematuro, cuya medida es de 8,8 g, corresponde media medida.

Ictericia clínica	- Solicitar bilirrubinemia total, con resultado urgente, dentro las primeras 24 horas. - Si los niveles están alterados, derivar a nivel secundario o terciario y seguir las indicaciones de manejo de hiperbilirrubinemia (Ver sección "Evaluación y manejo de ictericia en control de salud del recién nacido", Capítulo 3). **Tardío:** - Indicar adicionalmente a la familia que el principal factor que agrava la ictericia, además de la prematurez, es la hipoalimentación, por lo que un manejo adecuado de ésta, optimizando las técnicas de lactancia o suplementando (con leche materna o fórmula) cuando el incremento de peso diario sea insuficiente, puede evitar la hospitalización. Derivar a clínica de lactancia o consulta de lactancia ante esta situación.
Hipotermia	Considerar hipotermina con temperatura menor 36,5°C axilar - Evaluar ropa de abrigo y corregir en caso de poco abrigo - Descartar patología intercurrente - Evaluar si se alimenta adecuadamente y/o baja de peso.
Apneas	- Confirmación de presencia de apneas reales (>20 segundos, habitualmente asociada a cianosis). - Explicar a los padres que la respiración de los recién nacidos es irregular en frecuencia y que pueden haber pausas respiratorias cortas de manera normal. - Reafirmar los signos de alarma: ○ Falta de reactividad, succión y cambios de color a palidez o zona morada peribucal, palidez terrosa. estimular al niño, si no responde, reanimar. ○ Ante una apnea, aunque se resuelva, la conducta es acudir de inmediato al servicio de urgencia para hospitalización y estudio.
Sintomatología depresiva en madre con niño/a menor de 2 meses (cronológico)	- El médico que confirme el diagnóstico debe informar de los beneficios del GES "Depresión en personas de 15 años y más" a la madre y completar dos copias del "formulario de constancia al paciente GES"; una para el Centro de Salud y otra para la familia. - Si requiere atención con especialista, acceso dentro de los siguientes 30 días posterior a la derivación por médico APS. Ver Guía Clínica "Depresión en personas de 15 años y más".
Niño o niñla pequeño para la edad gestacional (PEG)	- Explicar a los padres sobre mayor riesgo de enfermedades crónicas en la adultez (hipertensión y diabetes) e importancia de mantener hábitos de vida saludable (dieta saludable, actividad física diaria y peso normal). - Evaluar curva de crecimiento en controles posteriores, - Asegurar suplementación con hierro desde los 2 meses.
Niño grande para la edad gestacional (GEG)	- Explicar a los padres sobre mayor riesgo de enfermedades crónicas en la adultez (diabetes) e importancia de mantener hábitos de vida saludable (dieta saludable, actividad física diaria y peso normal)
Garantía GES no cumplida	- Derivar al programa de seguimiento nivel secundario.
Screening auditivo alterado (Refiere o No Pasa)	- Verificar y reforzar que continúe el estudio audiológico en el servicio de Otorrinología.

Osteopenia del prematuro	- Supervisar existencia del diagnóstico y adherencia a la suplementación de calcio y fósforo si fue indicado. Prematuro extremo o moderado, con lactancia exclusiva vigilar aparición de craneotabes y evolución de talla.
Problemas vinculares o de apego	- Adicional a las recomendaciones sugeridas en el capítulo 3 - Fomentar uso de método canguro extra-hospitalario. - Evaluar informe de Visita domiciliaria Integral.
Presencia de Ostomías o sondas	- Educar a la familia respecto a manejo y cuidado adecuado (Ver "*Indicaciones de cuidado específicos según condición*", Capítulo 4).
Sospecha de Raquitismo o craneotabes	- Derivar a nivel secundario a endocronología o nutriólogo, según disponibilidad
Prematuro sin VDI durante la estadía en la Neonatología	- Todos los prematuros extremos y los casos de prematuros moderados y tardíos que el nivel terciario haya considerado ○ Agendar visita domiciliaria integral motivada por prematuro

Indicaciones

Las siguientes indicaciones son complementarias a las señaladas en el control de salud infantil del período de recién nacido estándar correspondiente

Refuerzo de hábitos saludables (complementarios a prematuros)

Alimentación

- La primera opción nutricional para este grupo es la lactancia materna, idealmente exclusiva. Esto contribuye a que el desarrollo extrauterino siga adelante de una forma más fisiológica. Cuando el niño o la niña sea dado de alta sin lactancia materna exclusiva o parcial, debe fomentarse la derivación a instancias de apoyo en atención primaria (consultas o clínica de lactancia materna) para relactar o aumentar el porcentaje de leche materna recibida en un contexto de apoyo a la madre.
- Recomendar a las madres que al amamantar vacíen al menos 1 pecho, para que el niño o la niña reciba "la leche del fondo" de la mama, la cual se caracteriza por contener mayor contenido graso y calórico.
- *Extremos:* Indicar que es beneficiario PNAC – prematuro, sin embargo fomentar la lactancia materna exclusiva y educar a la familia sobre los beneficios de la leche materna en este grupo.

Suplementación:

- En los casos de alimentación con lactancia materna exclusiva o predomínante, suplementar de Hierro (Fe: 2 mg/kg/día) y Zinc (Zn: 1 mg/kg/día) iniciándose a los dos meses postnatales.
- En los casos de fórmula predominante o exclusiva en prematuros extremos, suplementar con Hierro con 1 mg/kg/día y no indicar Zinc pues las fórmulas lo incorporan.
- En caso de fórmula predominante o exclusiva en prematuros moderados y tardíos, suplementar con Hierro con 2 mg/kg/día y no indicar Zinc pues las fórmulas lo incorporan.
- Vitamina ACD: basado en 400 UI al día de Vitamina D, hasta el año de edad corregida (Ver subsección "*Suplementación vitamínica y de minerales durante el primer año de vida*", Capítulo 5).
- Indicar a la familia que el Zinc se puede mezclar con las Vitaminas, pero no con el hierro. Por lo que deben ser administradas en momentos diferentes del día.

Vínculo

- Fomentar la técnica de canguro
- Indicar técnicas de contención: envolver en una manta, ponerlo de lado o boca bajo, hacer sonidos como "shhh" o utilizar grabaciones de ruido blanco, mecer cuidadosamente (Ver subsección "*Manejo del llanto y consuelo efectivo*", Capítulo 5)[40].

40 Ver Video: "Manejo Respetuoso del Llanto" [Película] (2013). Chile Crece Contigo (Dirección).

Prevención de enfermedades

- Evitar aglomeraciones y personas enfermas dado el mayor riesgo de enfermedades respiratorias y hospitalizaciones por cuadros respiratorios severos (VRS y otros). Especialmente centros comerciales cerrados (Mall).
- Especialmente durante el período invernal, lavado de manos antes de atender al bebé.
- Aislamiento de contacto con hermanos enfermos.

Prevención de accidentes

- Dado el menor desarrollo motor el riesgo de daño por sacudida es mucho mayor en este grupo, por lo cual debe reforzarse en los padres y cuidadores al respecto, reforzar indicaciones respecto a técnicas de contención
- Utilizar sillas de automóvil con fijación y alineación de la cabeza en la línea media.
- Dado que este grupo tienen mayor riesgo de presentar apneas (por inmadurez del sistema nervioso central y muy raramente asociado a reacciones vagales, por ejemplo: pos vacuna) los padres y/o cuidadores deben estar capacitados en estimulación y reanimación básica.

Prematuro extremo

Inmunizaciones

En caso de que haya recibido vacuna Pentavalente durante su estadía en el hospital, indicar vacuna, se debe indicar la primera dosis de polio en la fecha que corresponde colocar la siguiente dosis de pentavalente quedando de esta manera una dosis de polio desfasada.

Los niños y niñas prematuros deben recibir 4 dosis de vacuna conjugada (2-4-6 meses cronológicos más refuerzo a los 12 meses) para asegurar respuesta inmune.

La vacuna influenza en el período de la campaña de invierno, debería recomendarse vacunar al grupo familiar cuando el niño o la niña es menor de 6 meses de edad cronológica.

Derivar a IRA, todos los prematuros extremos deben ingresar a el programa de IRA

ACTIVIDADES Y CONSIDERACIONES COMPLEMENTARIAS AL SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS

A pesar de que niños y niñas prematuros extremos cuentan con atención periódica por especialistas, el grupo de moderados y tardíos no acceden a este beneficio. Es de primera importancia que los profesionales de APS puedan sospechar tempranamente patologías o problemas de salud que afectan con mayor frecuencia a niños y niñas prematuros y lograr que accedan a un diagnóstico, tratamiento, seguimiento y recuperación oportuna. Dentro de los problemas de salud que el profesional de APS puede pesquisar, destacan:

- Cardiopatías.
- Hidrocefalia.
- Síndrome piramidal
- Alteraciones del desarrollo psicomotor (DSM).
- Alteraciones conductuales (síndrome de déficit atencional, hiperactividad, trastornos de aprendizaje, entre otros).
- Problemas nutricionales.
- Alteraciones de visión y audición
- Eventos respiratorios agudos intercurrentes u otros eventos infecciosos agudos.
- Anemia del Prematuro.

En los controles de seguimiento se debe complementar los controles de salud estándar según edad cronológica o corregida (Ver cuadro de corrección de edad) con las consideraciones e indicaciones descritas a continuación:

Alimentación

Nutricionalmente para este grupo la mejor opción es la lactancia materna, idealmente exclusiva. Esto contribuye a que el desarrollo extrauterino siga adelante de una forma más fisiológica. Cuando el niño o la niña sea dado de alta sin lactancia materna exclusiva o parcial, debe fomentarse la derivación a instancias de apoyo en atención primaria (consultas o clínica de lactancia materna) para relactar o aumentar el porcentaje de leche materna recibida en un contexto de apoyo a la madre.

Los prematuros y las prematuras generalmente tienen riesgo de hipoalimentación, por ausencia o agotamiento de la succión deglución y problemas del tono muscular, con succión ineficiente al pecho. Al llegar a la APS este grupo puede requerir un especial apoyo para la lactancia, que puede incluir extracción de leche y administración idealmente sonda al pecho o sonda al dedo y acompañamiento en clínica de lactancia frecuente[41].

Los volúmenes de aporte diario recomendados son de 180 a 200 ml/kg/día, pero si el niño o la niña está en recuperación nutricional, por restricción del crecimiento intra o extrauterino, puede requerir mayor volumen, y es deseable que el aporte sea a libre demanda (hasta más de 280 ml/kg/día, según lo reportado en algunos casos).
En caso que presente morbilidad asociada que limite su aporte de volumen, o si el volumen de consumo es bajo (menor de 150 ml/kg/día en los primeros meses) y el crecimiento no es óptimo, se puede preparar la alimentación con formula láctea ligeramente más concentrada, al 15 o 16% en vez del 13,5% que es lo habitual, evaluando la respuesta.

En relación a la alimentación complementaria, es importante mencionar que este grupo presenta un mayor riesgo de malnutrición por exceso durante la edad preescolar, escolar y adulta, asociada a la sensación de los padres de mayor vulnerabilidad del niño o la niña. Además muchas veces los niños y niñas prematuros han sido sujetos de stress intrauterino que los lleva a mecanismos de ahorro, aumentando su riesgo de enfermedades crónicas en la adultez (HTA, diabetes mellitus 2). Es por ello que la indicación de la alimentación complementaria debe considerar estos factores, enfatizar en no sobrealimentar y mantener una dieta saludable y no adelantar la introducción de alimentos. También es importante reforzar la actividad física y juegos activos en este grupo. Se aconseja la introducción de alimentos basándose en los signos de madurez física y de preparación que muestra el niño o la niña para ser alimentado, esto se produciría

41 Para mayor información, revisar “Manual de Lactancia Materna” (MINSAL, 2011)

aproximadamente entre los 4 y 6 meses de edad corregida.

Es habitual que las familias de niños y niñas prematuros tiendan a la sobreprotección y a premiar con alimentos o sobrealimentar. Se debe reforzar la importancia específica de mantener un peso normal durante toda la vida, por el mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en la adultez.

Programa nacional de alimentación complementaria para prematuro extremo

Los prematuros y las prematuras medios y tardíos y sus madres reciben los mismos beneficios PNAC que los niños y niñas de término (Ver subsección “Suplementación de fórmulas, vitaminas y minerales”, Capítulo 5), mientras que los prematuros extremos reciben alimentos diferenciados en cualidad que son específicos a su condición [87]:

- **Fórmula Prematuros:** Fórmula láctea infantil especialmente diseñada para ser utilizada en la alimentación oral de lactantes prematuros de muy bajo peso al nacer.
- **Fórmula de Continuación:** Fórmula láctea infantil especialmente desarrollada para ser utilizada en la alimentación oral de lactantes a partir del sexto mes.

La cantidad de “Alimento complementario para prematuros” que entrega el PNAC, depende de si la alimentación del niño o la niña es a través de Lactancia Materna Exclusiva (LME), Lactancia Materna Predominante (LMP), Fórmula Predominante (FP) O Fórmula Exclusiva (FE) (Ver definiciones en subsección “Suplementación de fórmulas, vitaminas y minerales”, Capítulo 5)[42], según definiciones propias del programa [87].

Entre el alta hasta los 39 semanas y 6 días gestacionales los niños y las niñas sin LME reciben “Fórmula Prematuros” a modo de refuerzo, los con LMP reciben 1,5 kilos por mes y los con FP-FE 3 kilos por mes. Entre las 40 semanas gestacionales y los 5 meses 29 días reciben 2 kilos por mes los con LMP y los con FP-FE reciben kilos por mes. Los niños y niñas con lactancia materna exclusiva no reciben fórmula prematuro, ya que todos los nutrientes que requieren los reciben de la leche materna [87].

Posterior a los 6 meses y hasta los 11 meses 29 días, los niños y las niñas prematuros extremos reciben un beneficio diferenciado, dependiendo si tuvieron Displasia Broncopulmonar (DBP) y/o con peso de nacimiento (PN) menor o igual a 1.000 g los que no tuvieron displasia y tuvieron que tuvieron mayor a 1.000 g al nacer, el primer grupo sigue recibiendo “Fórmula prematuros”, los segundos reciben “Fórmula de Continuación” [87].

Tabla 24: Esquema distribución PNAC prematuros extremos según condición de lactancia

Condición de Lactancia	Desde el alta hasta las 39 semanas 6 días de gestación	Desde 40 semanas hasta los 5 meses y 29 días	6 a 11 meses 29 días con DBP y/o PN <1000 g.	6 a 11 m 29 d sin DBP y PN >1000 g.
LME	0	0	3k F. Prematuros	3k F. Continuación
LMP	1.5k F. Prematuros	2k F. Prematuros	3k F. Prematuros	3k F. Continuación
FP	3k F. Prematuros	4k F. Prematuros	3k F. Prematuros	3k F. Continuación
FE	3k F. Prematuros	4k F. Prematuros	3k F. Prematuros	3k F. Continuación

Fuente: “Norma y manual de Programa alimentarios” (MINSAL, 2013)

42 Para mayor información revisar “Norma y manual de Programa alimentarios” (MINSAL, 2013)

Además de lo anterior, los prematuros también accederán a los beneficios universales desde los 6 meses según edad cronológica:

- 6 a 11 meses 29 días con Riesgo de Desnutrir o Desnutrición, accederá a PNAC de Refuerzo hasta que logre un estado nutricional normal.
- 12 a 71 meses 29 días recibirán los beneficios del PNAC Básico o de Reforzado según estado nutricional del niño o la niña.

Suplementación de vitaminas y minerales

Los niños y las niñas prematuros tienen mayor riesgo de presentar problemas de salud asociado a déficit de micronutrientes. Es por esto que es necesario cautelar las siguientes indicaciones.

Indicación de vitamina D: Al igual que en la población general, se debe indicar vitamina D en dosis de 400 UI hasta el año de edad corregida.

Calcio y fósforo: No hay evidencia de que sean necesarios altos aportes de calcio y fósforo en los niños y niñas de pre-término después de las 40 semanas de edad corregida y de 3.000 g de peso, si al alta no poseen enfermedades crónicas o mala absorción intestinal. A partir de las 40 semanas de edad corregida los aportes de calcio y fósforo de las dietas no sean mayores que los recomendados para niños y niñas de término durante el primer año de vida. En los prematuros extremos con lactancia predominante, se debe vigilar la situación de Calcio y Fósforo en el nivel secundario, por riesgo de raquitismo hipofofémico.

Hierro y Zinc:

Desde entre los 2 meses y el año de edad corregida se debe indicar Hierro y Zinc según el tipo de alimentación que reciba el niño o la niña, a saber:

- En los casos de alimentación con lactancia materna exclusiva o predominante, suplementar de Hierro (Fe: 2 mg/kg/día) y Zinc (Zn: 1 mg/kg/día) iniciándose a los dos meses postnatales.
- En los casos de fórmula predominante o exclusiva en prematuros extremos, suplementar con Hierro (Fe: 1 mg/kg/día) y no indicar Zinc pues las fórmulas lo incorporan.
- En caso de fórmula predominante o exclusiva en prematuros moderados y tardíos, suplementar con Hierro (Fe: 2 mg/kg/día) y no indicar Zinc pues las fórmulas lo incorporan.

Un aspecto nutricional importante es el riesgo de anemia ferropriva, dependiente en gran parte de las condiciones de ligadura del cordón al nacer, también del tipo de alimentación y del crecimiento recuperacional. Si ha estado hospitalizado puede haber tenido una eritroferesis o extracción de sangre significativa para muestras de exámenes.

- Verificar toma de hierro (mayores de 2 meses de edad cronológica)
- Solicitar hemograma, con recuento de reticulocitos a los 4 meses edad cronológica, los valores normales de hemoglobina (Hb) a los 4 meses para prematuros son de 10 a 12 g/dl y de recuento de reticulocitos = 1-5%. Niveles de Hb menores a 10 g/dl requieren evaluación por hematólogo.

Crecimiento

El prematuro y la prematura moderado y extremo presenta una interrupción en su crecimiento que se recupera gradualmente. La circunferencia craneana se afecta menos y se recupera rápido, el peso se recupera a continuación y la talla, especialmente en prematuros extremos, sean AEG o PEG, se recupera hasta los tres años. Talla bajo dos desviaciones estándar a los 3 años es indicación para derivar a control con endocrinólogo infantil.

Por la patología neonatal estos niños y niñas prematuros con frecuencia presentan un deterioro nutricional postnatal que se espera se recupere en las primeras semanas postalta. La ingesta alimentaria puede ser muy alta, en especial si además ha presentado un RCIU.

Dado que el peso se recupera precozmente y la talla se demora, antes de los 3 meses de edad corregida el peso es mayor que la talla, con un índice ponderal alto. Entre los 3 y 6 meses de edad corregida hay un ligero menor ascenso de peso que adecua el peso para talla desde los 6 meses en adelante. Esta situación es biológica y no debe interpretarse como desnutrición o falta de ingesta adecuada.

El prematuro extremo tiende a mantener un peso y talla en rango normal bajo o levemente bajo respecto a las curvas durante la infancia y adolescencia y debe vigilarse el incremento del índice ponderal para mantener en rango normal y evitar riesgo mayor riesgo de enfermedades crónicas del adulto. Evitar el sobrepeso y obesidad evaluando peso para talla es fundamental. Se aconseja utilizar el siguiente parámetro:

Tabla 25: Velocidad de crecimiento de prematuros hasta los dos años

Edad corregida	Peso (g/día)	Talla (cm/mes)	Cráneo (cm/mes)
1 mes	26-40	3 - 4,5	1,6-2,5
4 meses	15-25	2,3 – 3,6	0,8 – 1,4
8 meses	12-17	1 - 2	0,3 – 0,8
1 año	9-12	0,8 – 1,5	0,2 – 0,4
2 años	4-10	0,7 – 1,3	0,1 - 0,4

Fuente: Adaptado de Theriot L: Routine nutrition care during follow-up. In Nutritional care for high-risk newborn, 3ª ed. Chicago; 2000.

Termoregulación

El trastorno de termorregulación incluye el riesgo de hipotermia y menos frecuentemente de hipertermia. La madre debe estar capacitada para el control de temperatura y un manejo adecuado de sus variaciones. El exceso de calor ambiental, en especial la exposición a calor radiante, no controlado, puede provocar apneas, tanto en el prematuro como en el niño de término, pero el riesgo es mayor a menor edad gestacional.

Ictericia

La ictericia es un problema que puede ser relevante en nisño y niñas prematuros tardíos. Actualmente, al estar controlada la enfermedad hemolítica por Rh, el mayor riesgo de kernicterus lo presentan los prematuros y laas prematuras tardíos, en especial los GEG, con hipoalimentación, lactancia materna inefectiva e inadecuado manejo de ictericia. El nivel máximo de bilirrubina se produce entre los 5 a 7 días de vida, por lo que el control post-alta precoz es muy importante, ya que la bilirrubina puede no estar aumentada al alta de la maternidad.

Desarrollo Integral

El desarrollo integral de este grupo debe ser seguido cuidadosamente de modo de velar por mejor desarrollo de sus potencialidades, considerando la mayor inmadurez presente al nacer. Aunque la mayoría de las funciones evoluciona por maduración biológica, es importante que los padres y cuidadores sepan cómo favorecer y estimular su desarrollo. Algunos de los puntos que requieren especial evaluación del equipo de atención primaria son:

1. Banderas rojas del desarrollo psicomotor y signos de alerta al examen para niños y niñas prematuros:

A cualquier edad patológica	- Regresión en el desarrollo. - Espasmos en flexión. - Poco contacto. - Dificultades de alimentación: debido a la succión y deglución deficientes. - Que movilice más una parte del cuerpo. - Prefiere utilizar una mano más que la otra (antes de los 18 meses).	
Edad corregida	**Banderas rojas**	**Signos de alarma al examen**
2 meses	- No reaccione a sonidos fuertes con cierre de los ojos. - No mire al observador, ni siga objeto con los ojos. - No tenga sonrisa social.	- Microcefalia - Comportamiento estereotipado, pobreza de movimientos o movimientos excesivos y desorganizados. - Al levantarlo por sus manos su cabeza cae hacia atrás - Tono ventral el niño cae en forma de U o se hiperextiende en forma de opistodomos. - Al tomarlo de las axila que "escurra" - Reflejos arcaicos presentes, de morfología normal es decir ni muy lentos ni muy exagerados y en el caso del Moro, Prensión palmar y Plantar que sean simétricos.
4 meses	- No controla su cabeza. - Al ponerlo boca abajo que no levante la cabeza, que no abra sus manos, que no tome un objeto que se le pasa. - Que no gorjee. - Que no logre buen contacto ocular, que no siga en todas direcciones que no se ría a carcajadas.	- Microcefalia - Tono ventral el niño cae en forma de U o se hiperextiende en forma de opistódomos. Tono axial el niño "escurre" y/o cruza sus extremidades inferiores en forma de tijera. - Hiperextiende extremidades inferiores al estar en supino o en prono - Aparición de hipertonía al doblar o extender rápidamente las extremidades (signo de navaja) - No abre sus manos - Clonus. - ROT asimétricos y/o aumentados, que termina en clonus. - Prensión palmar y marcha automática aun presentes.
6 meses	- En prono no levante cabeza y gire a supino. - No transfiere de una mano a la otra un objeto. - No se siente con apoyo. - No balbucee y no localice el origen del sonido (que no giré la cabeza al llamarlo).	- Lo anterior más: o Reflejo de Landau ausente. o Reflejos Arcaicos: marcha automática, prensión palmar aun presentes.

8 meses	- No se mantenga sentado solo o sola, apoyando sus manos adelante (trípode). - No apoya su peso en los pies. - No golpea fuertemente objetos contra la mesa. - No busca el objeto que cae.	- Lo anterior más. o No descarga peso y/o cruce sus piernas en tijeras. o Sin paracaídas lateral. o Presencia de reflejos arcaicos distintos a la prensión plantar.
10 meses	- No se sienta solo o sola por largo rato, sin ningún apoyo. - No se pone de pie afirmado de muebles. - No hace adiós con la mano, no aplaude. - No realice pinza inmadura. - No desconoce a extraños. - No dice disílabos (da-da, ba-ba).	- Lo anterior más. o Sin paracaídas horizontal o Presencia de algún reflejo arcaico
12 meses	- No camina con el apoyo de ambas manos. - No busca objeto escondido, no pinza madura índice pulgar,	- Lo anterior más. o Marcha con dificultad con caderas y rodillas en flexión o Marcha en equino
18 meses	- No camina sola o solo. - No diga palabras con sentido. - No apunta. - No comprenda una orden gestual (por ejemplo "dame" y ponerle la mano).	- Lo anterior más. o Plantar extensor presente.
2 años	- No y baje escaleras de pie solo (ambos pies en un peldaño), que no corra. - No realiza frases simples (2 palabras). - No entiende una orden sin gesto. - No hace juego simbólico (por ejemplo jugar al autito o a la muñeca). - Le gusta alinear sus juguetes. - No hace rayas en un papel.	- Todo lo anterior.
2,5 años	- No salta con los dos pies juntos	- Todo lo anterior.
3 años	- No se pare en un pie por segundos. - No conoce su nombre. - No hace círculos	- Todo lo anterior.
4 años	- No salta en un pie no construye oraciones. - No juega con otros niños (juego compartido). - No se le entiende lo que habla.	- Todo lo anterior.
5-6-7 años		- Un niño o niña que no logra integrarse con sus pares. - Niño o niña que no logra aprendizaje adecuado a su nivel. - Niño o niña que presenta severos dificultades en conducta.

Fuente: Rojas, C. et al. "Signos de alerta durante evaluación neurológica seguimiento de prematuros a nivel de APS" (2013)

2. Pese al mejor pronóstico actual de los niños y las niñas prematuros, la incidencia de retardo mental, parálisis cerebral y trastornos del aprendizaje sigue siendo más alta que en el resto de los recién nacidos y nacidas.

3. Los prematuros presentan con mayor frecuencia de alteraciones del tono (hiper o hipotonía) un 40-80% de los prematuros extremos lo presenta. Muchos de estos trastornos se benefician de terapias motoras.

- 2 meses de edad corregida: Asimetría de la posición cefálica (cabeza 80% fija a uno de los lados).
- 3 meses de edad corregida: Hipertonía escapular (no apoya brazos en posición prono, no lleva manos a línea media en posición supino). Mayor persistencia de pulgares incluidos y manos empuñadas.
- 6 meses edad corregida: Hipertonía de extremidades inferiores. Al ponerlos de pie se apoyan en la punta de los pies, al sentarlos tienden a la extensión (les cuenta mantener la posición sentada).

4. Presencia de **problemas escolares e déficit atencional** con hiperactividad una vez ingresados a la educación formal, mayor frecuencia de repitencia, trastornos de aprendizaje y requieren en un 50% apoyo escolar adicional.

5. Alteraciones conductuales: A partir del año de edad pueden tener conductas de internalización y externalización. Los padres, madres y/o cuidadores de niños con este tipo de alteración pueden verse especialmente beneficiados de instancias como el “Nadie es Perfecto”.

Inmunizaciones

La vacunación debe realizarse según la edad cronológica una vez que el niño o la niña se encuentre estabilizado, al respecto debe tenerse en cuenta las siguientes requisitos particulares:

- Los niños y niñas prematuros extremos deben recibir 4 dosis de Vacuna Neumocócica conjugada (2, 4, 6 y 12 meses) para asegurar la respuesta inmune.
- La vacuna Polio Oral de los 2 meses edad cronológica debe postergarse hasta el alta de la neonatología, pero sí se puede aplicar la Pentavalente.

Salud mental de la madre

Se ha observado 3 veces más riesgo de depresión materna en las madres de noiños y niñas prematuros que en los de término, por lo cual es especialmente relevante estar atentos a sintomatología depresiva en la madre y aplicar la escala de Edimburgo según edad cronológica del niño (2 y 6 meses).



CAPÍTULO V

ASPECTOS TRANSVERSALES A CONSIDERAR DURANTE LA REALIZACIÓN DEL CONTROL DE SALUD

1. ALIMENTACIÓN Y SUPLEMENTACIÓN

La alimentación en los primeros meses de vida, es uno de los grandes desafíos que los padres presentan desde el nacimiento. La adherencia a la lactancia materna exclusiva, la incorporación de la alimentación sólida y la aparición de los primeros dientes, son los principales hitos que marcan el primer año de vida. A medida que el bebé crece va incorporando hábitos de vida saludable, que han sido estimulados por los padres, la familia y el medio ambiente que los rodea.

Muchos de los problemas derivados de la malnutrición, en especial la malnutrición por exceso, son derivados de la incorporación de hábitos de vida, los cuales a su vez derivan de las condiciones socioeconómicas, educación de los padres y condiciones socioculturales. El acompañamiento por parte de los profesionales de la salud a través del control de salud integral del niño y la niña contribuirá a la mantención de los hábitos de vida saludable ya adquiridos o a la modificación de los hábitos poco saludables, al seguimiento del estado nutricional y al apoyo de las habilidades de los padres.

LACTANTES DE CERO A SEIS MESES

La mejor opción para este grupo de edad es la ***lactancia materna exclusiva (LME).*** Es prioritario que los profesionales de la salud, tanto de los hospitales como de atención primaria, resuelvan las dudas y consultas de los padres para la mantención de la lactancia materna en forma exclusiva hasta los seis meses, por los beneficios que esto reporta tanto para la madre como para el niño o niña y la sociedad (es una de las diez estrategias más costo-efectivas en promoción de la salud infantil).

La lactancia materna debiera ser siempre de libre demanda y sin horarios ni tiempos establecidos. En casos de que existan problemas en la lactancia, los Centros de salud público y privados deben contar con equipos de salud capacitados que realicen en primera instancia intervenciones orientadas a apoyar a las madres para superar dichas dificultades.

La introducción de otros alimentos, como jugos y fruta, ***no debe realizarse en este grupo de edad.*** No debe darse agua a los niños y las niñas de esta edad pues la leche materna es altamente hidratante y una sobrecarga de agua puede ser compleja para el inmaduro riñón del lactante menor. Por otro lado, el uso de agüitas de hierbas puede ser perjudicial y peligroso, pues estas podrían portar esporas, hongos o bacterias. En Chile se han reportado casos de botulismo asociados al uso de anís estrella y orégano [88].

La OMS y UNICEF establecen algunos criterios médicos en los cuales clarifica en qué casos es aceptables para usar sucedáneos de la leche materna y en cuáles no, agrupadas según sean afecciones del lactante o la madre [89]:

1. Afecciones infantil

- Lactantes que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada:
  - Lactantes con galactosemia clásica: se necesita una fórmula especial libre de galactosa.
  - Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce: se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.
  - Lactantes con fenilcetonuria: se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite algo de lactancia materna, con monitorización cuidadosa).

- Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden necesitar otros alimentos por un período limitado además de leche materna (sopesar riesgos versus beneficios):

-Lactantes nacidos con peso menor a 1500 g (muy bajo peso al nacer).
-Lactantes nacidos con menos de 32 semanas de gestación (muy prematuros).
-Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica, o -incremento de la demanda de la glucosa, en particular aquellos que son prematuros, pequeños para la edad gestacional o que han experimentado estrés significativo intraparto con hipoxia o isquemia, aquellos que están enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas, si la glicemia no responde a lactancia materna óptima o alimentación con leche materna.

2. Afecciones Maternas

- Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia permanentemente

– Infección por VIH[43]: si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura.

- Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente.

– Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé, por ejemplo septicemia.
– Herpes simplex Tipo I (HSV-1): se debe evitar contacto directo entre las lesiones en el pecho materno y la boca del bebé hasta que toda lesión activa se haya resuelto.
– Medicación materna:
    - Los medicamentos psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, por lo que deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles
    - Es recomendable evitar el uso de iodo radioactivo -131 debido a que están disponibles opciones más seguras. La madre puede reiniciar la lactancia pasados dos meses de haber recibido esta sustancia.
    - El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidone), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anormalidades electrolíticas en el bebé amamantado y deberían ser evitados.
– La quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia.

- Afecciones maternas durante las cuales se puede continuar la lactancia

– Absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento.
– Hepatitis B: los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B, en las primeras 48 horas o en cuanto sea posible.
– Hepatitis C.
– Mastitis: si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección.
– Tuberculosis: el manejo de la madre y el bebé debe hacerse de acuerdo con las normas nacionales de tuberculosis.
– Madre con dependencia de sustancia que logran abstenerse durante la lactancia (nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína, alcohol, opioides, benzodiacepinas y cannabi): Estas sustancias tienen un efecto dañino en los bebés amamantados o bien pueden causar sedación. Sin embargo, si se logra motivar y las madres dejan de utilizar estas substancias, es posible darles oportunidad y apoyarlas en la abstinencia para el bien de su salud y para que puedan amamantar a su hijo o hija. Las madres que eligen no suspender el uso de estas sustancias o no pueden, no deben dar de amamantar. Para las madres que utilizan estas sustancias por períodos cortos se debe considerar la suspensión temporal de la lactancia materna durante el tiempo que usen dichas sustancias y se encuentre activas en su cuerpo.

En un recién nacido que presenta un incremento ponderal menor a 20 gramos/día, la primera medida debe ser evaluar la técnica y eficiencia de la lactancia, e intentar usar estrategias de apoyo a la lactancia como:
– Mejorar la técnica de lactancia (posición, evitar sobreabrigo).
– Asegurarse que amamante al menos 8 veces en 24 horas.
– Usar técnicas de suplementación de leche materna (sonda al dedo, suplementador, vasito).

43 La opción más apropiada de alimentación infantil para una madre infectada con el VIH depende de las circunstancias individuales de ella y su bebé, incluyendo su condición de salud, pero se debe considerar los servicios de salud disponibles y la consejería y apoyo que pueda recibir. Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida a menos que la alimentación de sustitución sea AFASS. Cuando la alimentación de sustitución es AFASS, debe evitar todo tipo de lactancia materna. La madre infectada con el VIH debe evitar la lactancia mixta (es decir lactancia además de otros alimentos, líquidos o fórmula) en los primeros 6 meses de vida

En el caso de que se requiera usar sucedáneos de la leche materna, se debe intentar que dicho uso sea transitorio hasta restablecer la lactancia materna y que sean ofrecidos, cuando sea posible, con un suplementador al pecho, para estimular el eje hipotálamo-hipofisiario y estimular la producción láctea. Si por motivos específicos el bebé no puede recibir la leche desde un suplementador al pecho (Ver figura 42), la alternativa es ofrecer con sonda al dedo o vasito (Ver figura 43 y 44). La introducción precoz de mamaderas y tetinas (antes del mes) puede generar en el niño o la niña una confusión que lleva a un posterior rechazo al pezón [96]



Figura 42: Sonda al pecho

El suplementador al pecho se construye con una mamadera con leche y una sonda (alimentación Nº5 o equivalente) que va puesta en el pecho de la madre. Al acoplarse al pecho el niño o la niña estimula la mama, pero a la vez extrae leche desde la mamadera y el pecho a la vez. Esto es útil para mamás que quieren aumentar su producción de leche, quieren recuperar o inducir la lactancia

El suplementador al dedo es una técnica transitoria útil para niños y niñas que no pueden mamar directamente del pecho (por problemas de tono, o mucho dolor asociado a grietas o sangramiento). Se construye con una jeringa grande (20cc), donde se pone la leche, conectada a una sonda (alimentación Nº5º o equivalente). Esta sonda se pone en la punta del dedo (con manos limpias) de la madre o cuidador y luego va a la boca del bebé. Esto permite que el bebé succione de una forma fisiológica, más parecida a como lo hace al pecho.



Figura 43: Sonda al dedo

Si la madre da relleno y ha descartado lactancia materna se le debe recomendar dar con la mayor similitud posible a la lactancia, disminuir el flujo de salida de leche, colocar al bebé en posición de lactancia y mantener contacto visual cara a cara[44].



Figura 44: Vasito

44 Para mayor información sobre lactancia materna se sugiere consultar el Manual de Lactancia Materna MINSAL 2010 disponible en www.minsal.cl, en sección de lactancia materna.

a) Cantidad de leche necesaria para cada niño o niña

En general no es necesario calcular la cantidad de leche, pues cada niño o niña ingiere lo que necesita del pecho de su madre. Se debe recordar que cada lactante tiene un patrón de crecimiento individual (distintos percentiles) siendo lo importante un incremento adecuado entre controles[45].

Si por algún motivo puntual se necesita calcular la cantidad aproximada que un lactante ingiere diariamente, se debe considera el peso, la edad y la exclusividad de la leche materna, según la normativa vigente[46]. Los requerimientos de leche estándar son los siguientes (materna o artificial):

Edad	Fórmula
RN hasta los 2 meses	180 ml* kg
Desde los 2 meses hasta los 4 meses	160 ml* kg
Entre los 5 y 6 meses	150 ml* kg
Entre 6 y 12 meses	210-240 ml 3 a 4 veces al día
Mayores de 1 año	500 -750 ml de leche diaria

Es importante recalcar que estos son promedios que pueden variar en forma individual y que los lactantes amamantados suelen requerir menos volumen en promedio.

En aquellos casos excepcionales o transitorios donde los requerimientos nutricionales no sean cubiertos amamantando en forma directa, la primera opción luego de asegurarse que la técnica sea correcta, es suplementar con leche materna extraída. Cuando no sea posible cubrir dichos requerimientos, se recomienda usar una fórmula de inicio o leche purita fortificada[47]. En caso de utilizar Leche Purita fortificada es indispensable que esta sea diluida para emular la cantidad de proteínas, lípidos y carbohidratos presentes en la leche materna, para no exponer al inmaduro riñón del menor del año a una sobrecarga proteica. Debe prepararse al 7,5% hasta el año y antes de los seis meses debe adicionarse aceite al 3% a su preparación y azúcar o maltodextrina al 2,5%.

ALIMENTACIÓN ENTRE LOS SEIS A OCHO MESES

A partir de esta edad, además de la lactancia materna, se adicionara la incorporación de alimentación sólida. La leche materna sigue siendo la mejor alternativa láctea y nutricional para este grupo de edad.

A partir del sexto mes de vida, los niños y niñas pueden comenzar a recibir almuerzo. Se recomienda que esta alimentación se realice en un horario cómodo para la familia, cuando sea posible integrando a los niños y niñas a los horarios del resto de la familia, manteniendo una rutina y que se consideren los siguientes factores:

- Edad para comenzar a ofrecer sólidos 48: La edad en que el menor está preparado para la introducción de sólidos puede variar de niño a niño. Sin embargo, no se recomienda iniciar la alimentación antes de los seis meses, pues la exclusividad de la lactancia materna reporta beneficios respaldados por evidencia científica y los lactantes no tienen la madurez digestiva suficiente antes de esta edad [91]. Esta recomendación también se extiende a aquellos niños y niñas no amamantados, o amamantados parcialmente [92].

- Es normal que los niños y niñas inicialmente coman muy poco: Ya que por un lado, todavía pueden tener presente el reflejo de extrusión, en el que la lengua sale al recibir alimentos en boca. Este reflejo contribuye a la lactancia materna y está presente en los lactantes pequeños, luego se va extinguiendo lentamente. Por otro lado, comer sólidos es una experiencia totalmente nueva a la que debe acostumbrarse. Un error frecuente

45 Ver Manual de Lactancia Materna (2011)
46 Ver Guía de Alimentación del niño(a) menor de 2 años (2005)
47 Ver Manual de Programa alimentarios (2011)
48 El término “sólidos” en español no es del todo precisa, pues también se consideran jugos, agua o cualquier otro alimento diferente de la leche.

es cambiar el alimento pensando que tal vez al niño o la niña no le gusta el otorgado, sin embargo, inicialmente es importante que éste se acostumbre al mismo sabor por lo que puede ofrecerse este mismo tipo de alimento varias veces más, en días posteriores, sin presionar para que aprenda a conocerlo.

- La alimentación debe ser un momento placentero y respetuoso: los momentos de alimentación anteriores a la introducción de sólidos, están en la mente del lactante asociados a la cercanía con la madre o cuidador, tranquilidad y confort. Es importante que la alimentación sólida sea respetuosa, en un clima de cariño y paciencia. Los niños y niñas sanos suelen regularse bien en relación con el apetito que tienen y sus necesidades nutricionales. Si no desean seguir comiendo, o no quiere comer, no deben ser forzados. Si no comen la sopa puré, igualmente debe ofrecérsele postre (fruta), que le aporta otros nutrientes. Se puede complementar el almuerzo o la cena con leche materna, hasta que logre acostumbrarse a comer mejor.

- Consistencia de los alimentos: •Inicialmente la consistencia de los alimentos debe ser puré, sin pedazos de sólidos. Esto contribuye a la mejor aceptación al ofrecer con cuchara.

- La temperatura ideal de la comida debe ser de 37 grados o menos (tibia), se debe aconsejar no enfriar la comida frente al niño o niña, por la ansiedad que pudiera generar al comer y por los riesgos de quemaduras que esto implica[49]. Tampoco debe soplarse por el riesgo de caries dentales (la comida se coloniza con los patógenos presentes en la boca de los cuidadores).

Preparación del almuerzo para niños y niñas de entre 6 a 8 meses

• Alimentos para la papilla: verduras (cualquiera, sin adición de sal), frutas (cualquiera sin adición de azúcar), carne roja magra (ej. posta), pavo, pollo o pescado, se pueden agregar cereales (sémola, fideos, arroz) en forma ocasional cuidando que el estado nutricional del niño o de la niña permanezca eutrófico. La consistencia del almuerzo para esta edad debe ser una papilla totalmente molida.

• Para beber: Agua pura (puede ser agua potable de la llave, siempre que las cañerías no sean de casas o edificios muy antiguos, por el riesgo de contaminación por plomo).

• De postre: los niños y niñas menores de un año deben comer solo fruta, preferentemente cruda, bien lavada y pelada. En un inicio molida, aunque también se les puede ofrecer en “palitos” para que ellos mismos la coman. No deben ofrecerse frutas pequeñas y redondeadas sin moler (por ejemplo uvas enteras, arándanos) o frutos secos duros y pequeños (Ej. maní, almendras), por el riesgo de asfixia.

Es importante fomentar que el niño o la niña se incorporen a los horarios de alimentación de la familia para que pueda socializar y aprender a comer con otros y procurar que el horario de almuerzo sea el mismo para ayudar a crear hábitos regulares.

49 Para mayor detalle de la alimentación del niño de seis a ocho meses, consultar la guía de alimentación del menor de dos años, disponible en http://163.247.51.38/desarrollo/nutricion2/files/Guia_Alimentacion.pdf

ALIMENTACIÓN ENTRO LOS OCHO A DOCE MESES

A los alimentos descritos en el período seis a ocho meses, se le pueden agregar legumbres (porotos, garbanzos, arvejas, lentejas) y huevo desde los 9 - 10 meses.



A esta edad se agrega la cena, reemplazando (o inicialmente complementando, cuando es leche materna) una toma láctea, alrededor de las 18 o 19 hrs. Ofrecer pedacitos pequeños de verduras blandas, esto ayuda al correcto desarrollo bucal y mandibular, así como seguir incentivando el comer pedazos de alimentos blandos con sus manos. También es aconsejable pasarle la cuchara y dejar que explore e intente alimentarse por sus medios, aunque se ensucie, así como pasarle una taza con boquilla plástica para que pueda tomar solo o sola. A esta edad la leche materna sigue siendo la mejor opción láctea. Si recibe fórmula artificial se recomiendan tres tomas diarias (7, 15, 23 hrs aproximadamente), calculadas según peso del niño o la niña (aproximadamente 200 cc por toma).

ALIMENTACIÓN ENTRO LOS DOCE A VEINTICUATRO MESES (DE UNO A DOS AÑOS)

A esta edad niños y niñas deben consumir dos comidas (almuerzo y cena) más dos leches (desayuno y once) diarias. La leche materna sigue siendo la opción láctea ideal a esta edad. Si recibe fórmula artificial se recomienda ir disminuyendo de 3 a 2 tomas (idealmente suspender mamadera nocturna antes de los 18 meses) por el riesgo de caries dentales.

A partir del año, puede incorporarse progresivamente a la mesa familiar. Para este fin es importante que los alimentos que se cocinen sean saludables, sin sal y azúcar. El proceso de transición de papilla a sólido puede ser difícil y algunos autores han descrito que la mezcla entre papilla y sólidos suele ser mal tolerada por niños y niñas, siendo mejor optar por una u otra presentación [99].

Es importante no ofrecer a esta edad alimentos ricos en azúcar y grasas saturadas. El agua es la bebida ideal, se debe evitar dar jugos, néctares y bebidas gaseosas que quitan el apetito [99] [100].

ALIMENTACIÓN PREESCOLAR (DOS A CINCO AÑOS)

Puede que en esta etapa el niño o la niña siga recibiendo leche materna o ya la reemplace por leche de vaca, que se recomienda sea descremada o semi-descremada a partir de los 2 años de vida. Lo ideal es que los niños y las niñas puedan recibir lactancia materna complementada hasta los dos años y luego tanto como cada madre y niño o niña deseen [101].

En esta etapa se deben dar cuatro comidas al día: desayuno, almuerzo, once y comida.

- Desayuno: Un buen desayuno debe estar constituido por un lácteo de preferencia de bajo contenido graso, una porción de cereal o pan y eventualmente una fruta, la que puede ser recibida como colación si esta existe.
- Almuerzo y cena: De la casa, prefiriendo postre frutas. En la figura 45 se presenta la composición de una comida saludable para preescolares y escolares. La cual idealmente debe ser mitad verduras, un



Figura 45: Composición de un almuerzo o cena de un preescolar.

cuarto de carbohidratos y un cuarto de proteínas más un porción de frutas como postre, y para beber agua.
- Once: Un lácteo de bajo contenido graso más una porción de pan.

Distribución energética de los cuatro tiempos de comida: la recomendación establece las siguientes proporciones aproximadas:
- Desayuno 25 %
- Colación 5 % (las colaciones no son necesarias en este grupo de edad, si se usan, escoger aquellas saludables con un contenido menor).
- Almuerzo 30 %
- Once 15 %
- Cena 25 %

ALIMENTACIÓN ESCOLAR (SEIS A NUEVE AÑOS)

A esta edad ya existe mayor autonomía para escoger sus comidas, especialmente cuando está fuera del hogar. Por esto es muy importante haber inculcado hábitos saludables y seguir fomentándolos.

El escolar requiere al menos tres comidas al día (desayuno, almuerzo y cena), incentivando el consumo de frutas y verduras. Desayuno abundante y balanceado, almuerzo y cena del hogar o colegio con la misma composición de preescolar (Ver figura 45). Intentar que al menos una comida diaria sea en familia, pues es un factor protector. Evitar comer frente al televisor o computador. A pesar que las colaciones no son necesarias, pueden darse una a dos colaciones saludables, llevadas desde el hogar.

SUPLEMENTACIÓN: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, VITAMINAS Y MINERALES

a) Programa de alimentación complementaria, básico y de refuerzo

PNAC Básico
Corresponde al subprograma que beneficia a los niños y niñas menores de 6 años, gestantes y madres o nodrizas que amamantan con estado nutricional normal, sobrepeso u obesidad. La cantidad y tipo de alimento a entregar depende del tipo de alimentación, los criterios establecidos por el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, son [93]:

- Lactancia Materna Exclusiva (LME): si de su alimentación total, la lactancia materna en proporción es mayor o igual al 90%.
- Lactancia Materna Predominanate (LMP): si de su alimentación total, la lactancia materna en proporción se encuentra entre el rango ≥50% y < 90%.
- Fórmula Predominante (FP): si de su alimentación total, la lactancia materna en proporción se encuentra entre el rango ≥10% y < 50%.
- Fórmula Exclusiva (FE): si de su alimentación total menos del 10% es con lactancia materna
- Si no tiene definición de condición de Lactancia, recibirá beneficio como Lactancia Materna Predominante.

Es importante tener en cuenta que estas definiciones son específicas para la entrega de leche PNAC y no son las mismas que se utilizan en el resto del documento o habitualmente, pues buscan otro objetivo (entrega de productos). El profesional de APS debe familiarizarse con estos conceptos para indicar correctamente la entrega de fórmulas.

Los alimentos entregados y beneficiarios directos del PNAC básico son los siguientes [93]:

Purita Mamá

- Gestantes, madres o nodrizas con estado nutricional normal, sobrepeso u obesidad y que alimentan a su hijo o hija con LME, LMP o FP.

Leche Purita Fortificada

- Los niños y niñas menores de 6 meses alimentados con LMP, FP o FE.
- Los niños y niñas de edad entre 6 meses y 17 meses 2 días, independiente de si reciben lactancia materna.

Purita Cereal

- Los niños y niñas de edad entre 18 meses y 71 meses 29 días.

Tabla 26: Esquema de distribución PNAC Básico [50]

Alimentos	Madre - Hijo/a 0 - 5 meses 29 días			6 - 17m 29d	18-23m 29d	24-71m 29d
	LME	LMP o FP	FE			
Purita Mamá	2kg/mes	1kg/mes				
Leche Purita Fortificada		1kg/mes	2kg/mes	2kg/mes	2kg/mes	
Purita Cereal					2kg/mes	1kg/mes*

Fuente: "Norma y manual de Programa alimentarios" (MINSAL, 2013)

*Se pueden entregar mensualmente o bimensualmente (2kg cada 2 meses)

La cantidad a entregar es diferente según la edad del niño o niña y el tipo de alimentación que recibe, como se describe a continuación:

PNAC de Refuerzo

Corresponde al subprograma que beneficia gestantes y madres o nodrizas enflaquecidas y niños o niñas con riesgo de desnutrir o desnutridos. La mayoría de los productos entregados por el PNAC refuerzo son los mismos que en PNAC básico, lo que varía es la cantidad a entregar entregados y beneficiarios directos del por PNAC básico son los siguientes [87]:

Purita Mamá (PM)

- Gestantes, madres o nodrizas con bajo peso, independiente del tipo de alimentación que entregue al niño o niña.

Leche Purita Fortificada (LPF)

- Los niños y niñas menores de 6 meses alimentados con LMP, FP o FE.
- Los niños y niñas de edad entre 6 meses y 17 meses 2 días, independiente de si reciben lactancia materna.

Mi Sopita (MS)

- Los niños y niñas con diagnostico nutricional de Riesgo de Desnutrir o Desnutridos de edad entre 6 meses y 71 meses 29 días.

Purita Cereal (PC)

- Los niños y niñas con diagnostico nutricional de Riesgo de Desnutrir o Desnutridos de edad entre 18 meses y 71 meses 29 días.

50 La entrega a gestantes no fue incluida en el recuadro, para conocerla vea Norma y manual de Programa alimentarios

Tabla 27: Esquema de distribución PNAC Refuerzo

Alimento (kg/mes)	Meses											
	0-2				3-5				6-11	12-17	18-23	24-71
	LME	LMP	FP	FE	LME	LMP	FP	FE				
PM	3	2	2	1*	3	2	2	0	0	0	0	0
LPF	0	1	2	2	0	2	3	3	0	0	0	0
MS	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
PC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2

Fuente: "Norma y manual de Programa alimentarios" (MINSAL, 2013)

* Madre que terminó su gestación enflaquecida y no amamanta.

b) Vitaminas

Vitamina D: La recomendación actual chilena es suplementar desde el mes hasta el año de vida con 400 UI de vitamina D. La indicación varía entre 2 y 20 gotas dependiendo de la marca comercial de las vitaminas (según lo indicado en resolución exenta 268, de mayo de 2011).

Tabla 28: Resumen con las concentraciones de vitamina D según laboratorio y producto:

Producto Laboratorio	Equivalente Gotas en 1 ml	Vitamina A UI/mL	Vitamina C UI/mL	Vitamina D UI/mL	Dosificación para aportar 400400 UI de Vitamina D	Dosis Vitamina A (UI) aportada dada dosis de 400 UI de Vitamina D
Abecedín Lab. Pasteur	20	2.500	75	400	20 gotas	2.500
Acevit Recalcine	33	5.000	75	1.000	8 gotas	2.000
Trivisol Lab. Mead Johonson	33	5.000	100	1.000	8 gotas	2.000
Vitanat Lab Chile	33	5.000	75	1.000	8 gotas	2.000
Vtaydec Lab. Saval	24	5.000	75	1.000	10 gotas	2.000
D´vida Lab. Andrómaco	33	0	0	6.600	2 gotas	0

c) Minerales

- Hierro: Se justifica la suplementación de hierro en dosis de 1 mg/kilo de peso desde los 4 meses hasta los 12 meses de vida en lactancia materna exclusiva. No se justifica la suplementación en lactantes alimetados con fórmulas frotificadas.
- Zinc: La suplementación con zinc se recomienda para los prematuros a partir de los 2 meses de edad corregida.
- En el caso de niños y niñas prematuros, se deben ver las condiciones especificaciones propias de este grupo, indicadas en las subsecciones "Actividades y consideraciones complementarias al control de salud infantil de seguimiento de niños y niñas prematuros" y "Atención en nivel primario de salud al prematuro: especificaciones técnicas complementarias para el control de salud infantil" del Capítulo 4.

2. ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía [96]. En Chile el porcentaje de la población infantil que posee estado nutricional de obesidad o sobrepeso aumenta año tras año, debido principalmente a la alimentación inadecuada y el bajo nivel de actividad física diaria.

Para los niños y niñas menores de 5 años la actividad física consiste principalmente en interacción activa entre cuidador y lactante, masajes, paseos, juegos y estimulación psicomotora. Para el grupo de edad mayor de 5 años la actividad física es un poco más estructurada y se desarrolla a través de deportes, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias.

Con la actividad física se favorece un crecimiento eutrófico, se mejoran las funciones cardiorrespiratorias y musculares, se fortalece el esqueleto, y se evita la malnutrición y enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares) a temprana y mediana edad.

LACTANTES DE 0 A 2 MESES

Durante estos primeros meses de vida la actividad física estará limitada por las características del recién nacido así como por sus necesidades. Los cuidadores deben estar atentos a sus necesidades de alimentación, sueño y vigilia y ajustarse a los ritmos del bebé

- Es importante que el recién nacido sea cargado (en brazos o portabebé) lo más posible, preferentemente por su madre y padre. Esta forma de contacto debe ser segura, contenedora, afectiva y por sobre todo calmada o tranquila.
- Se deben aprovechar los momentos en que el recién nacido está despierto y tranquilo (estado de alerta tranquila) para interactuar activamente con él. En estos momentos:
  - Dejar de espaldas sobre goma eva y mostrarle objetos llamativos (ej. telas de colores) para que tenga interés progresivo en mirar y girar hacia el costado.
  - Se pueden efectuar masajes cariñosos, estos deben ser suaves y cuidadosos, aplicados por la mamá o el papá, y en un ambiente físico bien preparado. Usar aceite comestible o neutro sin aromas.

LACTANTE MENOR 2 A 6 MESES DE EDAD

El lactante menor a diferencia del recién nacido permanece más tiempo despierto y su capacidad de movimiento y socialización va en aumento. En esta etapa se recomiendan las siguientes acciones:
Continuar con masajes.

- Incorporar acciones como tomarlo en brazos, mecerlo y trasladarse con él, aplicando cambios de direcciones, es idea hablarle o cantarle según su disposición.
- Fomentar la posición en prono (de guatita) con juguetes que puedan ser interesantes para él o ella a la vista, sobre Goma Eva51. Recordar que nunca debe dormir en esta posición (aumenta el riesgo de muerte súbita), sino de espalda
- Acercar objetos variados para sus primeros intentos de manipulación (golpear, tocar e intentos de agarrar con toda la mano), que serán hitos que logrará al final de este período.
- Sacar a pasear al lactante a la plaza, áreas verdes o sectores naturales que son ideales para ir familiarizando al lactante con la naturaleza, los olores, los colores etc. Evitar lugares cerrados como cines, centros comerciales, supermercados (prefiera la feria).
- Permitir que el juego se vaya dando de forma progresiva con otras personas de la familia, favoreciendo así el desarrollando de los primeros pasos de la socialización infantil.
- Generar dinámicas de juegos para la mayoría de las experiencias del lactante.
- Disponer un espacio físico que permita al lactante estar en el suelo cómodamente de modo tal que su impulsividad motriz no encuentre limitaciones. Es muy importante considerar la presencia de elementos como móviles u otros que permitan la estimulación

51 Ver Nota Metodológica Programa de apoyo al recién nacido ¡Las experiencias tempranas importan mucho! (2009)

visual y el desarrollo de la curiosidad que se manifiesta en intentos de querer tomar los objetos que se le presentan.
- Se recomienda evitar la permanencia del lactante en sillas nidos, coches, cunas u otros espacios que no favorecen la autonomía y libertad motriz. Nunca usar andador por el riesgo de accidentes y porque retarda la marcha independiente.

LACTANTE DE 7 A 12 MESES

El lactante medio presenta condiciones motrices más aventajadas que las del lactante menor. En esta etapa logra sentarse sin apoyo, ponerse de pie, caminar y finalmente correr. Las recomendaciones en actividad física son:

- Seguir realizando masajes corporales.
- Adecuar espacios físicos seguros en el domicilio, estimando que en este espacio se moverá, girara, reptara, gateara, se pondrá de pie, dará sus primeros pasos, manipulará (tocara, golpeara, lanzara, soltara etc.) diversos elementos y se acostumbrara a estar activo por más tiempo.

LACTANTE DE 12 A 24 MESES

El lactante mayor comienza a dominar la marcha bípeda y continúa con los logros motores, dentro de las recomendaciones en actividad física se encuentran:

- Fomentar el tiempo al aire libre y activo en forma diaria: correr, caminar, arrastrar, tirar. Paseos al cerro, a la piscina a la plaza u otros lugares, hacer jardinerías, cocinar, trabajar con greda, lavar, limpiar ,ordenar
- Escuchar música variada, bailar, hacer mímicas, hacer juegos de ritmos.
- Contar cuentos y actuarlos para favorecer para el desarrollo de la imaginación, lenguaje y expresión corporal.

PREESCOLAR 2 A 5 AÑOS DE EDAD.

El preescolar, se desplaza y juega según sus intereses y necesidades, desde esta mirada se deberá promover cada día una hora de actividad física estructurada y en diferentes espacios de juegos libres para lo cual se podrá optar por variadas acciones como:

- Favorecer la participación del preescolar en actividades físicas estructuradas, como sesiones de educación física, talleres deportivos u otros, estas deberán ser de un mínimo de 30 minutos y un máximo de 60.
- Favorecer el uso de bicicletas, triciclos, monopatines, patines u otros que impliquen movimiento a través de la fuerza del niño o la niña.
- Favorecer el juego libre y activo a lo menos tres veces al día con sus pares
- Motivar la participación del preescolar en actividades como correr, saltar, lanzar, atrapar, etc.
- Llevarlo todos los días a un sector de juegos o áreas verdes para que pueda jugar libremente en contacto con la naturaleza.
- No exponer a pantallas hasta los 2 años y luego usarlas con moderación (1 hora diaria en total).
- Favorecer las experiencias motrices activas que se puedan dar en el hogar como trabajar en el jardín, caminar para ir de compras, jugar activamente con mamá y papá, en la plaza, en el patio, en la vereda, ayudar a ordenar, participar en las labores domésticas, etc.
- En esta etapa los modelos son muy significativos por lo tanto si el preescolar acompaña a sus padres y los observa en prácticas deportivas, seguramente se sentirá motivado a desarrollar las mismas actividades.
- Se sugiere ofrecer juguetes que fomenten el movimiento, por ejemplo, cuerdas, aros, balones de fútbol, patines, bicicletas, triciclos, juguetes de arrastre, volantines, zancos, pelota gigantes, palitroques, discos voladores, bates, arcos, saltarinas etc. Evitar juegos donde se deba permanecer sentado por largos espacio de tiempo.

ESCOLAR DE 6 A 9 AÑOS DE EDAD

En esta etapa niños y niñas ya han ingresado a la educación básica escolar, con mayores desafíos en los aprendizajes cognitivos, esto les demanda muchas horas sentado y sin mayores oportunidades de movimiento. Esta situación es bastante perjudicial para la salud del escolar sobre todo si no se dan las compensaciones necesarias para sortear de buena forma la cantidad de horas destinadas a los aprendizajes escolares.

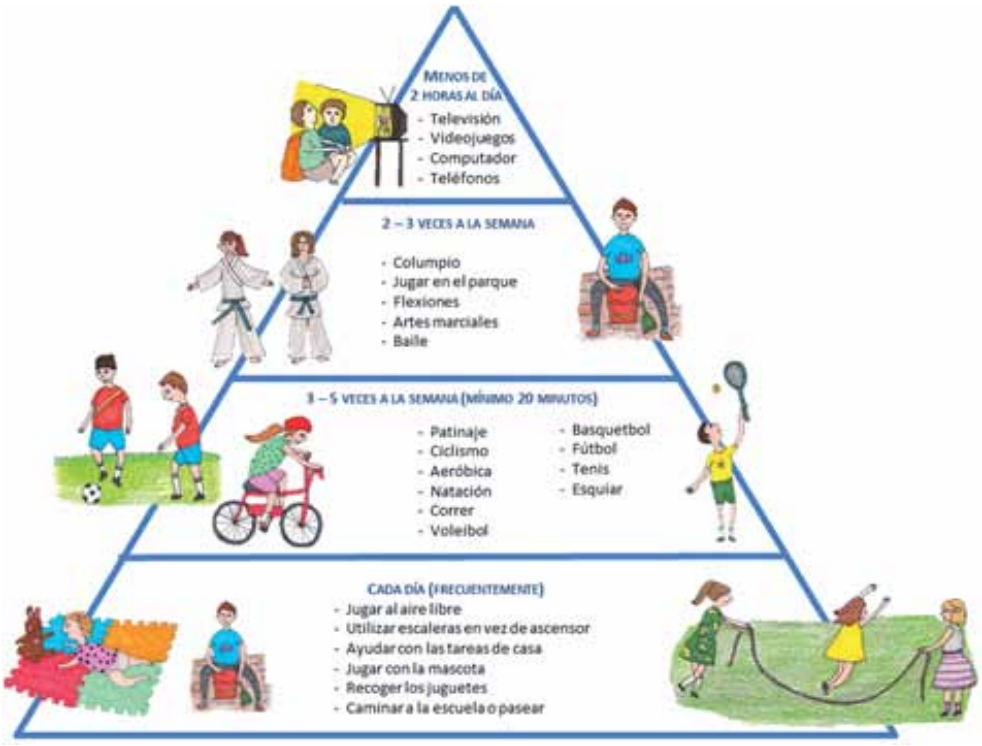


Figura 46: Pirámide de actividad física para niños y niñas de 6

Por lo anterior las recomendaciones en actividad física deben ser atendidas de la siguiente forma [97]:

- Niños y niñas de cinco a nueve años deben invertir como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa, preferentemente aeróbica. La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud. Es aconsejable incorporar tres veces por semana (como mínimo), actividades vigorosas que refuercen los músculos y huesos. No se deben realizar ejercicios con sobrecarga o peso (Ver figura 46).
- Fomentar juegos de saltar, correr, lanzar, recibir, golpear, patear, equilibrio, etc.
- En esta edad la participación en talleres deportivos, de expresión corporal, danza, actividades de circo, teatro, scout, yoga u otras que impliquen estilos de vida activo serán muy beneficiosas tanto para la salud del escolar como para su desarrollo personal y académico.
- Las actividades que desarrolla el escolar fuera de su espacio educativo (colegio) deben tender a la actividad física, paralelamente se debe limitar las horas de televisión, video y pantallas a menos de 2 horas diarias.
- La participación de los padres en actividades físicas saludables será un ejemplo que el escolar seguirá de forma natural.
- Promover actividades en contacto con la naturaleza, actividades lúdicas con pares, participación en actividades físicas de tipo vigorosa.
- En lo posible implementar en el hogar del escolar una zona segura de juegos activos, (luche, aros, cuerdas, arcos, juegos de equilibrio, juegos de trepa, etc).
- Participar en juegos activos como la pinta, las escondidas, pelotas, carreras, bicicletas, etc.

3. ORIENTACIONES DE CRIANZA

La crianza o el modo de cómo se le entregan cuidados y se establecen límites a niños y niñas son determinantes en su salud integral, principalmente en su salud mental y en el desarrollo de su propia capacidad para cuidarse a sí mismos y mantenerse sanos. Es por ello que a continuación se indagará con mayor detención los conceptos de apego, manejo del llanto y manejo de pataletas.

APEGO Y ESTILOS

El apego es un concepto emanado de la Teoría del apego, la cual indica que las personas forman un patrón de interacción con el entorno u otras personas a partir de la relación temprana que establecieron con su figura de apego o cuidador principal.

El apego en definitiva es un tipo especial de vínculo afectivo establecido desde el niño o la niña con su cuidador principal. Esta es una relación asimétrica en donde el bebé busca cuidado y el adulto lo entrega. La manera en que el niño o la niña aprenda a cómo recibir cuidado y atención del adulto, es el tipo de apego, lo que a su vez dependerá en gran medida de la capacidad del cuidador de acoger, contener y calmar al niño o niña de manera consistente y efectiva.

El apego seguro o vínculo de buena calidad es esencial para que el niño o la niña desarrolle un sentimiento de seguridad y predictibilidad respecto al mundo que lo rodea, este sentimiento será vital para que desarrolle confianza en sí mismo, permitiéndole explorar y aprender, y en etapas posteriores lograr sus propios objetivos.

a) Apego Seguro

El apego seguro se caracteriza en que el niño o la niña utiliza al cuidador como una base segura para la exploración, protesta o muestra ansiedad de separación si es que este se va y busca activamente su proximidad, consolándose cuando está con él o ella. Este apego se basa en la confianza, donde el niño o la niña es capaces de usar a su cuidador como una base segura cuando está angustiado, ya que éste ha demostrado ser sensibles y dar respuestas a sus requerimientos de cuidado, con conductas consistentes de disponibilidad [98]. De este modo, el establecimiento de un apego está en gran medida asociado a la sensibilidad del cuidador principal, su interpretación adecuada de las señales del bebé y la ejecución oportuna y cálida de lo requerido [99][52].

- Algunos consejos e indicaciones para entregar a la familia y promover o mantener el apego seguro, son:
- No deje llorando a su bebé, es un mito que se malcrían si se calma el llanto con rapidez durante el primer año.
- Dedique atención a su bebé también en los momentos en que está activo (sin sueño) y alimentado.
- Elija varias actividades y seleccione aquellas con las cuales el bebé se mostró más activo e interesado. No todos los bebés se entusiasman con las mismas cosas.
- Durante los primeros seis a ocho meses, el mejor estímulo para el bebé es el rostro de los padres. Juegue y converse cara a cara con su hijo hija. Los juguetes en esa etapa tendrán un valor secundario.
- Intente dejar tiempo para jugar con el bebé, a parte de las labores de cuidado y alimentación.

b) Inseguro ambivalente

El apego inseguro-ambivalente se caracteriza porque el niño o la niña no puede utilizar al cuidador como una base segura, protesta o muestra ansiedad de separación al igual que el apego seguro, con la diferencia que no se tranquiliza al reunirse nuevamente con el cuidador y su reacción emocional es ambivalente con irritación y con conductas de resistencia y mantenimiento del contacto a la vez. En este tipo de apego el bebé está constantemente buscando la proximidad con el cuidador y el cuidador es inconsistente, siendo

52 Ver Video: "Apego Seguro" (2013) [Película]. Chile Crece Contigo (Dirección).

responsivos y sensibles sólo en algunas ocasiones e interfiriendo durante la conducta exploratoria, lo que aumenta la falta de autonomía y seguridad del niño o la niña [98] [100] .

Algunos consejos e indicaciones para entregar a la familia y mejorar la calidad del vínculo en las relaciones ambivalentes, son:

- Pruebe varias formas de consolar, no sólo tomando en brazos.
- Busque apoyo si no sabe qué hacer frente al llanto y siente que pierde la paciencia.
- Si el bebé evita la mirada y mira hacia otro lado, esperar, no forzar el contacto.
- Si se siente impaciente o frustrado, busque ayuda de alguien que crea le pueda apoyar (amigos, padres, pareja, etc) o llame a fonoinfancia, evitando dejar al bebé solo. Si está muy enojado y piensa que le podría pegar o hacer daño al bebé, es mejor que lo deje con otro adulto o si no es posible déjelo en la cuna sin nada en ella y salga de la habitación por un breve momento, busque ayuda.
- Si su bebé la sobredemanda y le cuesta calmarse o tiene temor de estar lejos de usted, intente ser lo más predecible y pruebe estrategias graduales de distanciamiento para que su hijo o hija tolere mejor las separaciones o la distancia física. Por ejemplo puede dejarlo en un lugar seguro y quedarse junto a él o ella, luego cuando se calme, probar distanciarse un poco conversándole o distrayéndolo con juguetes y cuando logre calmarse salir de la habitación y conversarle a la distancia, etc., siempre atendiendo a su llanto y verificar que el niño o niña esté seguro.
- Ser persistente y tolerante en los momentos de frustración y llanto, y aplicar las mismas estrategias en forma regular.
- En preescolares, ser comprensivo con las expresiones de frustación, pero aclarar activamente las formas inadecuadas y no tolerables de expresión del enojo. No reforzar el uso de la agresión para conseguir metas.
- Evite separaciones bruscas e impredecibles. Intente explicar o anticipar aunque niño o niña tenga corta edad.
- No fuerce la independencia.

c) Inseguro evitativo

El apego inseguro-evitativo se caracteriza porque niño o la niña no tiene confianza en recibir cuidado y apoyo del cuidador ya que espera ser desatendido y no hace ningún esfuerzo para mantener contacto, mostrando poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con el cuidador, incluso rechazándolo si es que éste se acerca [104] [106]. Aunque no muestras signos evidentes de ansiedad, se ha observado que los índices fisiológicos de activación neurovegetativa y de estrés están significativamente elevados. La carente expresión de emociones podría interpretarse como una conducta socialmente deseable, como de alguien “tranquilo” o “maduro”, sin embargo esta conducta denota una desvinculación afectiva hacia sí mismo y a los demás [107]. Las características del cuidado en este caso son de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión del contacto, constituyéndose como figuras sobre-estimulantes e intrusivas [108].

Algunos consejos e indicaciones para entregar a la familia y mejorar la calidad del vínculo en relaciones evitantes, son:

- Diferenciar “sobre-estimulación” de estimulación, entendiendo por sobre-estimulación “obligar” al niño o niña a hacer actividades que no le entretienen, por ejemplo actividades muy complejas que no logran comprender o actividades en que no participa activamente. La estimulación son actividades que el niño o la niña disfruta realizar, el juego agradable a la vez es la mejor manera de estimular su desarrollo.
- No buscar el buen desempeño del niño o la niña cuando juegue. No buscar que “pinte bien”, sino que simplemente pinte si es que lo disfruta. Diferenciar juego de tarea.
- Dar a escoger al niño o niña alternativas de actividad, permitiéndole que escoja lo que quiera hacer. Ofrecerle distintos juguetes o situaciones para que pueda escoger o preguntar de manera abierta la actividad que sea realizar.
- Respetar el ritmo del bebé, permitirle al niño o niña que vaya a su ritmo cuando hace actividades.

- Si el niño o la niña evita la mirada y mira hacia otro lado, esperar, no forzar el contacto.
- Bajar la intensidad del contacto cuando el bebé se muestre incómodo y mantener el contacto mientras lo esté disfrutando, no interrumpirlo.
- Ayude a su hijo o hija a identificar lo que le gusta de lo que no le gusta, repita las acciones que le producen placer y evite o reduzca el tiempo de exposición (en caso que no se puedan evitar) las actividades a aquellas que provocan desagrado o rechazo. En niños y niñas que conversen preguntar activamente por las actividades que les agraden, situaciones, colores, etc. y permitir que lo experimente.
- En niños y niñas preescolares, converse con preguntas abiertas, y deje tiempo para explorar cómo lo ha pasado durante el día
- Acoger siempre las señales de temor del niño o la niña, sea cual sea la circunstancia. No las reprima ni las censure.
- Aceptar el llanto como un medio necesario para que el niño o la niña comunique una necesidad. Cuando esté llorando buscar la causa y mantenerse con él o ella para calmarlo, ya sea en contacto o cercanía física.

d) Desorganizado

Recoge varias características de los dos grupos de inseguro ya descritos, este patrón se caracteriza porque el niño o la niña realiza conductas estereotipadas, cambios inesperados y aparentemente incomprensibles, busca contacto con la figura de apego pero de una manera contradictoria [103]. Son niños y niñas con total ausencia de estrategias organizativas para afrontar el estrés y frente a un extraño pueden ejecutar conductas raras como movimientos incompletos y sin dirección, lentitud de movimientos o movimientos asimétricos y/o a destiempo, notándose su incomodidad [100]. Es un “tipo de apego” aparentemente mixto, usual en niños y niñas que han sufrido de maltrato y/o abuso [102].

Conducta ante ADS alterada o sospecha de dificultad en el vínculo

- Indicar que las experiencias tempranas son significativas para el futuro del bebé, ya que inciden en la confianza que el niño o la niña tendrá en los otros, en el modo en que percibe el mundo y cómo reaccionar ante él. (Por ejemplo, si conducta será diferente si percibe mundo contenedor o un mundo hostil).

- Si la madre se muestra ansiosa o conflictuada por no poder responder a los requerimientos de su bebé, señalar que en este período continua el proceso de conocimiento y adaptación entre los padres y el bebé, por lo que debe mantener la calma. Sugerir prestar atención a las señales del bebé, como sus llantos y gestos, a través de los cuales expresa sus necesidades y sensaciones de incomodidad. Poco a poco irán reconociendo sus preferencias e intereses.

- Recordar que cada niño o niña es un ser humano único y particular. Se requiere tiempo en este proceso de conocimiento mutuo.

- Indicar que se puede hacer de las rutinas diarias una instancia de intercambio afectivo, por ejemplo durante el baño, muda, alimentación, al hacerlo dormir, etc.). Es importante que los padres se comuniquen constantemente con su bebé, que le hablen y canten con voz suave.

- Favorecer la lactancia materna, como una instancia protegida que puede contribuir a fortalecer para el vínculo madre/hijo(a). Se debe ser muy cuidadoso de no culpabilizar a aquellas madres que por causas médicas o personales no amamantan y aclarar que el vínculo se contruye en todas las interacciones entre el cuidador y el niño y no solamente en dicha instancia

- Si es de agrado para el bebé y para la madre, procurar realizarle masajes. Es importante que la madre pueda realizarlo con disposición anímica y de tiempo/espacio. Más que una tarea, es un espacio agradable que debe realizarse según la posibilidad familiar diaria.

- Indagar sobre las expectativas de los padres ante la maternidad y paternidad. Si se evidencia conflicto con ser madre y/o padre, lo cual está perturbando el desarrollo del bebé, derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental de la comuna.

- Si se observa una conducta de rechazo por parte la madre y/o padre hacia el bebé, o viceversa, derivar a consulta de salud mental u otra instancia de la red de salud mental de la comuna. Indicar que nunca se debe sacudir, golpear o abofetear a su bebé. Haga hincapié en que sacudir a un bebé puede producir ceguera, daño cerebral, convulsiones, daño de la médula espinal e inclusive la muerte.

MANEJO DEL LLANTO Y CONSUELO EFECTIVO

Una de las primeras formas de comunicación que establecen los mamíferos, específicamente los que cargan a sus crías, es el llanto [110]. El ser humano no es la excepció desde la infancia temprana llora y gime para manifestar su necesidad de atención y para comunicarse con sus padres y poco a poco hacerles saber sus necesidades [111]. Es importante que los padres y cuidadores reconozcan que los bebés no lloran sin motivo y que el llanto es un llamado de la atención que indica al adulto que debe identificar la causa y realizar las acciones necesarias para consolar efectivamente al niño o niña [70].

El llanto es uno de los comportamientos más comunes durante la infancia, permite y estimula el cuidado, la proporción de alimentación y promueve la cercanía de los cuidadores o padres, entregándoles información acerca de las necesidades del niño o la niña y de su estado de salud. Sin embargo, muchas veces enfrenta a los cuidadores o padres a situaciones de estrés al no poder calmar efectivamente a su hijo o hija [64], llegando en algunos casos a cometer maltrato o negligencia, sobre todo aquellos que son inestables emocionalmente o no son capaces de manejar la situación a la que se ven enfrentados [112] [113].

Una de las teorías que explica cómo y por qué se presenta el llanto en el niño/a es la del apego [148]. En ella se describe que el peak del llanto es en los meses posteriores al nacimiento (0 a 2 meses de vida), donde se produce una “curva normal de llanto”, luego lentamente comienza a declinar hasta el llanto basal que se mantiene por el resto de la infancia [115]. La pronta respuesta de la madre, el padre o cuidador principal, reduce su intensidad y lo desincentiva, permitiendo en el largo plazo que las intervenciones persistentes y usuales del cuidador frente al llanto, reduzcan su intensidad y eviten su reaparición. Uno de los signos funcionales más importantes en la infancia temprana es mantener el contacto con el o los cuidadores principales, lo que predispone una serie de comportamientos vinculantes como el llanto, que permite establecer o mantener la cercanía. Por esto, una respuesta sensitiva de gran intensidad y la consistencia de la madre, padre o cuidador, predice el establecimiento del apego seguro [114].

a) Características del llanto

Al escuchar el llanto de un niño o niña con detención, se puede lograr identificar su motivo. Cuando los padres o cuidadores se dan la oportunidad de escuchar detenidamente a su hijo e hija son capaces de comprender la necesidad que gatilla el llanto y responder adecuadamente a sus requerimientos [116].

Es posible dividir el llanto en dos categorías: el llanto de “necesito ayuda” y el llanto de “quiero comunicarme ¿me podrías escuchar?”. El primero es un llanto que va aumentando si el cuidador no reacciona con prontitud a los requerimientos del niño o la niña, volviéndose más intenso y agudo, por ello, los cuidadores

o padres que reconozcan rápidamente el motivo del llanto solucionarán con mayor rapidez la necesidad y se tensionarán menos durante este proceso [116].

El segundo tipo de llanto se manifiesta en un solo tono plano, cada sonido es igual al anterior y se caracteriza porque el niño o la niña es capaz de mantener el contacto visual.
El menor transmite una amplia gama de sentimientos con este llanto: desde temor, rabia o simplemente deseo de compañía. Si el padre o cuidador es capaz de mantenerse en contacto, el niño o la niña percibirá la contención, hará contacto visual y luego de ser escuchado entrará en un estado de relajación [116].

b) Problemas en niños y niñas asociados al llanto

El llanto excesivo es común en la infancia temprana y constituye un situación estresante o difícil de sobrellevar para los padres o cuidadores, generando sentimientos de impotencia y haciéndoles percibir a su hija o hija impredecible, vulnerable o con dificultades [117]. Dependiendo de las habilidades paternas, cuidadores y/o padres desplegarán estrategias para dar frente a esta situación, las cuales influirán en la relación que establezcan con el niño o la niña y en las estrategias que los propios niños y niñas desarrollen en etapas posteriores. Algunos padres y/o cuidadores desarrollan estrategias asertivas que les permiten estar tranquilos y asertivos mientras consuelan al niño o la niña. Otros con menos recursos o apoyo pueden perder rápidamente el control, desplegando estrategias infructíferas y frustrándose mucho en los períodos de llanto, dentro de las conductas más dañinas para la salud del niño o la niña se encuentran el zamarreo y golpes [117].

El llanto persistente ocurre en alrededor del 20% de los lactantes y de ellos el 90 % es producido por causas no orgánicas y sólo el 10% tiene su origen en causas orgánicas [118] [119]. Entre los primeros motivos se encuentran:

1. *Los cólicos o el síndrome del niño irritable:* Que se caracteriza por llanto excesivo, incremento de la actividad y dificultades para concebir el sueño. Sus causas no se han descrito con claridad, sin embargo existen factores que se encuentran con mayor frecuencia asociados como padres primerizos, de madres con depresión y de familias que están viviendo situaciones estresantes y no se sienten con las capacidades para cuidarlo efectivamente[53] .
2. *El lactante cansado:* Algunas niñas y niños lloran porque se encuentran extremadamente cansados y no logran conciliar el sueño. En ocasiones los padres O cuidadores no logran interpretar correctamente el cansancio y piensan que es aburrimiento o hambre. Una niña o un niño cansado habitualmente frunce el ceño, estira y encoje sus brazos y piernas, aprieta los puños y llora entre bostezos.
3. *El lactante que se ha hipoalimentado:* Habitualmente los lactantes solicitan alimentarse cada 2 horas o menos las primeras seis semanas de vida. En ocasiones parecen no quedar satisfechos luego de ser alimentados y tienen un lento incremento de peso. En estos casos es fundamental que reciban apoyo especializado para mejorar la técnica de amamantamiento.
4. *El lactante de difícil consuelo:* algunos lactantes tienen dificultades para ser consolados, habitualmente porque el proceso de gestación y/o parto ha sido estresante o ha presentado dificultades, en estos casos los padre o cuidadores requieren de mayor apoyo de modo de que puedan desarrollar técnicas asertivas de consuelo sin desbordarse.
5. *Intolerancia a la proteína de la leche de vaca,* que puede estar presente en los menores alimentados con fórmula y los alimentados al pecho. Algunos signos son el vómito luego de la mayoría de las alimentaciones, diarrea con mucosidad y sangre, lento incremento de peso, dermatitis atópica e historia familiar de esta alergia. Hay casos en que se hace necesario vigilar la dieta de la madre eliminando los lácteos y sus derivados para evitar o disminuir la alergia.
6. Reflujo gastroesofágico, que puede estar presente aun cuando no se observen vómitos, causando el llanto por la acidez que le provoca. Ante alguna sospecha se aconseja evaluación médica.
7. Intolerancia a la lactosa, en la que se observan deposiciones explosivas y acuosas. El

53 Ver Video: "Manejo Respetuoso de los Cólicos" (2013) [Película]. Chile Crece Contigo (Dirección).

acompañamiento en la técnica de amamantamiento es fundamental para disminuir los efectos de la lactosa en el proceso de digestión del niño o la niña.

c) Formas de abordar el llanto

Los padres requieren de seguimiento y apoyo al enfrentarse al llanto de su hija o hijo, especialmente si son padres por primera vez, ya que es en estas familias en las que el llanto persistente se da con mayor frecuencia y necesitan de más herramientas para abordarlo y superarlo.

El llanto es la forma que tienen los niños y las niñas para comunicarse y como tal, requieren de padres que sean sensibles a sus necesidades para establecer un círculo virtuoso de confianza frente a la atención que solicitan [120]. De acuerdo con la teoría de la vinculación afectiva, niños y niñas requieren llamar la atención y disminuir la distancia con su cuidador [114].

Uno de los enfoques que ha sido descrito para calmar al niño o la niña que manifiesta llanto persistente, es la activación del reflejo de calma o método The happiest baby (THB), el que está basado en la hipótesis que al imitar las condiciones que se daban en el útero durante el embarazo, se activará en este su reflejo de calma [120] [121].Este método está basado en cinco estrategias que se realizan en cascada para que el niño o niña recuerde su condición intrauterina y logre la calma[54]:

1. Envolver al niño o niña en un “lulo”, con manos y brazos inmovilizados firmemente y con las piernas libres para permitir el movimiento.
2. Poner en posición lateralizada (horizontal al suelo y de costado), imitando la postura del niño o la niña dentro del útero, con la cabeza levemente más baja que el resto del cuerpo, en caso de que su presentación intrauterina haya sido la cefálica.
3. Emitir ruido blanco, consiste en imitar el ruido de la placenta, el cual es similar a cuando en la radio no se encuentra una sintonía. Para esto debe produciendo un sonido alto de “shhhhh” y constante cerca de la oreja del niño o la niña.
4. Mecer con energía, imitando el movimiento firme que hace la mujer al caminar cuando está embarazada.
5. Succionar, permite que el niño o la niña si lo requiere, succione un chupete o algo blando para tranquilizarse (Se recomienda que, de utilizarse, el uso de chupete sea después del mes de vida para no interferir con un correcto establecimiento de la lactancia materna).

Este método permite que el bebé se tranquilice y es similar a los métodos utilizados en las culturas ancestrales y originarias para calmar a los niños y niñas. En estas culturas se ha observado una menor frecuencia y duración del llanto, el cual es considerablemente más corto en comparación con las sociedades occidentales [121].

Asumiendo los postulados de Karp y la teoría de la vinculación afectiva, toda actividad que favorezca el establecimiento y cumplimiento de las señales de vinculación, permitirán que el niño o la niña se sienta seguro y se tranquilice, algunas otras estrategias son el contacto visual, contacto vocal, contacto piel a piel y envoltura afectiva, la muda, el aseo o cuidado cariñoso, la lactancia materna y el masaje infantil; todas estas favorecerán el establecimiento y cumplimiento de las necesidades afectivas del niño o la niña y le permitirán sentirse seguro y relajado frente a la necesidad inminente de contacto [114] [122].

MANEJO DE LA FRUSTRACIÓN (PATALETAS)

La frustración y el enojo son emociones muy frecuentes en los niños y niñas de 2 a 5 años y preescolares, ya que comienzan a aumentar el rango de sus deseos, aumenta el desarrollo intelectual y no siempre va de la mano del desarrollo del lenguaje, motrices y de auto regulación. A la vez comienzan a darse cuenta de que no pueden hacer o tener todo lo que desean.

La frecuencia de rabietas o las llamadas “pataletas” es alta en la edad preescolar, llegando incluso hasta

54 Ver Video: “Manejo Respetuoso del Llanto” [Película] (2013). Chile Crece Contigo (Dirección).

seis veces por semana. Aunque son normales en esta etapa es necesario que los padres sepan manejarlas bien de modo a que le enseñen al niño o niña a regular su frustración, algunas recomendaciones en esta área son[55]:

- Ante la pataleta de un niño o una niña es necesario que el adulto responsable se tranquilice y se focalice en el niño o niña, baje su rostro al nivel del rostro del niño o niña con un tono tranquilo de instrucciones simples y verbalice lo que cree esté pasando al niño o niña.
- Considerar que las rabietas en esta etapa son reacciones emocionales muy poco voluntarias que se manifiestan bajo intensa ansiedad o frustración, aunque lo más visible es el enojo y el oposicionismo externo. No son estrategias manipulativas conscientes, aunque si tienen el propósito, muchas veces, de lograr hacer o tener algo u oponerse a hacer algo. No tienen la intención de causar un mal rato a los padres, aunque probablemente sí buscan llamar su atención y pedir su ayuda.
- Muchas rabietas se producen cuando los padres deben quitarle algo que el preescolar desea intensamente (apagar la TV, quitarle un objeto con el que no se puede jugar; irse de la casa de un amigo, etc.). Frente a esto hay que dar alternativas de actividades o intereses que ayuden a tolerar la situación. Ayuda avisar con anticipación que se va a quitar el objeto o se va a suspender la actividad, ya que si se hace bruscamente la frustración del niño o la niña será intensa.
- Si debe decirle que no a algo que pide o desea, es bueno explicarle en pocas palabras simples por qué no se puede, incluso desde el segundo año, y aunque proteste o llore. Progresivamente irá regulando su conducta en base a la explicación de sus padres o cuidadores, a la vez que se desarrollará mejor su lenguaje.
- Si lo que desea hacer o tener puede hacerlo o tenerlo en otro momento, decirle que podrá hacerlo después. Los niños y niñas de a poco comienzan a entender la noción de que pueden esperar para tener lo que desean.
- Si se frustra porque no puede armar o manipular objetos o juguetes, ayudarle con la actividad o cambiar a una actividad más simple. Esto ayudará también a su autoestima.
- Si aumenta la intensidad de la rabia y las protestas, intentar calmarlo de forma activa, hablándole, tocándolo o cambiándolo de lugar. Algunos preescolares pueden necesitar ser abrazados y tomados en brazos, pero siempre razonando verbalmente con ellos. Se le debe decir en pocas palabras que se entiende lo que quiere (resumir por ejemplo "Sé quieres la Tele" y luego explicar, en pocas palabras, que no se puede y por qué, por ejemplo "pero hay que dormir", repitiendo varias veces la misma frase, con un lenguaje muy simple. Luego es bueno ofrecerle opciones.
- El objetivo de prestar atención durante estos momentos no es conceder lo que el niño la niña quiere, sino ayudar a calmarlo en un momento en que no puede hacerlo por sí mismo, en una edad en que la habilidad de manejar los afectos es algo que requiere apoyo externo.
- Una vez calmado, se debe reforzar al niño cuando está más tranquilo, por ejemplo: "ahora estás tranquilo, así me gusta, así está bien…" o se le puede preguntar: "¿estás tranquilo ahora?" Así aprende a diferenciar sus estados afectivos y mejora su capacidad para calmarse en el próximo episodio de frustración.
- Una vez calmado, es importante que el niño o la niña sepa que lo que hizo en la rabieta (tirarse al suelo, decirle "tonta" a la madre, pegarle al hermano, etc.) está mal, y que los padres o cuidadores se enojan si él o ella hace eso. Se debe ser claro en mostrar la conducta inadecuada (patear, palabras feas, etc.). Los padres o cuidadores deben considerar que el enojo en sí mismo es apropiado y normal para el desarrollo de un sentido de identidad, y lo que está mal es la conducta agresiva. Promover que el preescolar pida disculpas por lo que hizo, desarrolla la conducta prosocial, ayuda a calmarlo y desarrolla su empatía.
- No hay evidencias consistentes de que ignorar una rabieta intensa reduzca su frecuencia a futuro y se corre el riesgo de que el niño o la niña no se calme, sino que reprima la rabia para evitar la indiferencia parental y el retiro de la atención. Esto puede aumentar el riesgo de otros desajustes al mediano plazo, aunque se logre en lo inmediato que el preescolar

55 Ver Video: "Comportamiento – Las Pataletas" [Película] (2012) & "Manejo Respetuoso de Pataletas" [Película] (2013). Chile Crece Contigo (Dirección).

“se detenga”. Lo mismo sucede con estrategias de “tiempo fuera” (ej. Dejarlo solo en una silla).

- Intente usar su creatividad y elaborar propuestas atractivas para ayudar al niño o a la niña a pasar a otra emoción cuando está enrabiado, por ejemplo, “vamos a ver quién gana en llegar a la pieza” o “veamos lo que hay arriba del refrigerador”. Activar emociones como la curiosidad o la excitación positiva por un logro son afectos que compiten y son incompatibles con la rabia, por lo tanto, pueden reducirla.
- No dejar sólo, encerrados una pieza o amenazar con abandonar durante la rabieta, “me voy si sigues así”, ya que el niño o la niña asocia que cuando tiene extremo malestar recibirá rechazo parental. Esto está asociado a problemas en la relación posteriores o a ansiedad de separación [117] [118]. El preescolar siempre debe ser acompañado en estos momentos de desagrado, para poder ir modelando su reacción ante la frustración. Pueden a llegar a tener problemas mayores a medida que crecen para controlar sus enojos.
- Intentar no mostrar ira hacia el niño o la niña en esos momentos, es decir no connotar negativamente el episodio, sino reconocerlo como una expresión emocional.
- Es muy importante que padre o cuidador no pierda el control de su propia conducta frente a las pataletas (le grite, pegue, etc) ya que el mostrar este comportamiento refuerza la asociación entre la frustración y descontrol, lo que es justamente lo contrario de lo que se le quiere enseñar al niño o niña, que es que se controle.

4. INMUNIZACIONES EN LA INFANCIA

Las vacunas son productos biológicos que contienen antígenos capaces de estimular el sistema inmune, desencadenando una respuesta celular y/o humoral. Esto produce un efecto de memoria inmunológica en la persona que recibió la vacuna, logrando que cuando se vea enfrentada a la infección verdadera pueda activar rápidamente sus defensas en contra de la infección.

El Plan Nacional de Inmunizaciones (PNI) es un beneficio universal, gratuito, que corresponde a la categoría de bien público nacional. Es fundamental que los profesionales de la salud que realizan la supervisión de salud fomenten la vacunación de todos los niños y niñas y puedan explicar a las familias sobre los beneficios que ellas tienen, tanto a nivel individual como a nivel poblacional. También los equipos deben conocer los efectos adversos que pueden estar asociados a su uso y contribuir a educar a la población sobre los riesgos reales y desmitificar sobre efectos perjudiciales de las vacunas, tanto a corto como a largo plazo que no tienen una base científica real.

Tabla 29: Clasificación de vacunas

Clasificación		Tipo de vacuna
Virales		Polio Oral
		SRP, SR
		Varicela
		Fiebre Amarilla
Bacterianas		BCG
Enteras	**Virales**	Polio inyectable o IPV
		Rabia
		Influenza
		Hepatitis A
	Bacterianas	Pertussis
		Tifoidea
		Cólera
Fraccionadas	**Subunidades**	Hepatitis B, Influenza, Pertussis acelular
	Toxoides	Difteria, Tétanos
Polisacáridas	**Polisacáridos puros**	Neumocócica polivalente
		Meningocócicas
	Polisacáridos conjugados	Haemophilus influenzae tipo b
		Neumocócicas 7 valente, 10 valente y 13 valente
		Meningocócica ACYW135 Meningocócica C

VACUNAS PROGRAMÁTICAS

El calendario de vacunas programadas se actualiza regularmente según la realidad epidemiología y los lineamientos entregados por organizaciones internacionales a través del Comité Asesor en Vacunas y Estrategias de Inmunización (CAVEI) de inmunizaciones, durante el año 2014 el calendario vigente es:

Tabla Nº 1 Calendario Vacunas Ministerio de Salud 2014 para la población Infantil.

Edad	Vacuna	Protege
Recién Nacido	BCG	Tuberculosis
2, 4 meses	Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva, Hepatitis B, H. Influenza B
	Polo oral	Poliomielitis
	Neumocócica Conjugada	Enfermedades por Neumococo
6 meses	Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva, Hepatitis B, H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
12 meses	Antimeningocócica	Enfermedad Meningocócica
	Tres vírica	Sarampión, Rubéola, Paperas
	Neumocócica conjugada	Enfermedades por Neumococo
18 meses	Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva, Hepatitis B, H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
1º Básico	Tres vírica	Sarampión, Rubéola, Paperas
	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
Niñas de 4º Básico	VPH	Infección por Virus Papiloma Humano
8º Básico	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva

a) Vacuna BCG - Bacillus Calmette-Guerin

La vacuna BCG protege de la tuberculosis en su forma miliar y extra pulmonar (meníngea, ósea y sepsis), lo que hace imprescindible su aplicación antes del egreso del recién nacido de la maternidad. La enfermedad se caracterizada por una diseminación amplia en el cuerpo de pequeñas lesiones granulomatosas, afectando a un gran número de órganos.

Descripción del producto: Vacuna inyectable, en base a una cepa de Mycobacterium bovis atenuado.

Requisitos de administración: Durante la estadía del recién nacido en la Maternidad y cuyo peso de nacimiento sea de 2.000 gramos o más.

Contraindicaciones: Peso de nacimiento menor a 2.000 gramos; recién nacido con infección VIH sintomática, eritroblastosis fetal, enfermedades cutáneas extensas sobreinfectadas o que comprometan el área de vacunación, o enfermedades con grave compromiso del estado general: tratamiento prolongado con esteroides o drogas inmunosupresoras.

Reacciones de la vacuna:

- Esperables: Entre dos y tres días aparece un nódulo plano de 3mm, con reacción eritematosa que puede desaparecer rápidamente o persistir hasta la tercera semana, en que aumenta de tamaño se levanta y adquiere un tono rojizo produciéndose una pequeña ulceración con salida de material seropurulento de lenta cicatrización. Luego se establece una cicatriz característica.
- Adversas: Dentro de los efectos adversos destaca la linfadenitis (inflamación de un ganglio) axilar que puede supurar; ulceración persistente, abscesos, infección diseminada con el bacilo (Calmette-Guerin) y osteítis en pacientes con compromiso inmunológico. Ante esta sintomatología el niño o la niña debe ser atendido en el servicio de urgencia.

Indicaciones a los padres y cuidadores:

- Frente a la aparición de una pequeña úlcera, advertir a los padres que esta no debe manipularse y no aplicar cremas ni alcohol sobre la lesión.
- Que existe un porcentaje de niños y niñas que no presentan dicha reacción y su ausencia no es signo de una menor respuesta inmune (no se debe revacunar).
- Explicar las reacciones de las vacunas esperables y adversas y el conducto a seguir.

b) Vacuna Pentavalente (DTP- Hib - Hep B)

La vacuna pentavalente protege contra la difteria, tétanos, influenza tipo B, hepatitis b y tos convulsiva, a saber:

Difteria: Provocada por el agente causal Corynebacterium Diphtherae cuya vía de transmisión es por contacto directo con enfermos o con portadores a través de secreciones, especialmente respiratorias. Las manifestaciones clínicas varían según la localización anatómica de la enfermedad (nasal, faringoamigdalar, laringotraqueal, cutánea, conjuntival ótica y vaginal) y se caracterizan por inflamación de ganglios e la aparición de una membrana gris. Dentro de las complicaciones se encuentran la polineuritis, miocarditis y alteraciones renales.

Tétanos: Provocada por el bacilo tetánico Clostridium Tetani cuya vía de transmisión es por medio de esporas del bacilo que penetran en la piel a través de heridas cutáneas, traumáticas o quirúrgicas. No se trasmite de persona a persona y los casos de tétanos neonatal son a través de la cicatriz umbilical. Se distinguen 3 formas manifestaciones clínicas la localizada, con espasmos musculares localizados en zonas contiguas a una herida; la generalizada, con rigidez inicial y contracciones descendentes que se extienden de forma progresiva a grupos musculares, risa sardónica, espasmos laríngeos; se acompaña de fiebre moderada; y la cefálica, que se origina a partir de una herida en la cabeza o por penetración directa de esporas a través de orificios naturales (por ejemplo: otitis media crónica supurada) y puede cursar en forma localizada o generalizada. Dentro de las complicaciones se identifica la laringoespasmo, fracturas óseas, hipertensión arterial, sobre infecciones, embolismo pulmonar y neumonía aspirativa.

Enfermedades por Haemophilus Influenza tipo B (Hib): Provocada por la bacteria Haemophilus influenzae tipo b (Hib), cuya vía de transmisión es de persona a persona por contacto directo o por gotitas, colonizando la nasofaringe. Las manifestaciones clínicas depende del tipo de enfermedad, su forma invasora se caracteriza por septicemia, meningitis aguda, celulitis, artritis, neumonía, pericarditis, epiglotitis, bacteremia sin foco t la diseminación canalicular por otitis media, sinusitis, adenoiditis agudas, conjuntivitis, celulitis peri orbitarias consecutivas a sinusitis aguda.

Hepatitis B
Provocada por el virus de la hepatitis B (VHB) perteneciente a la familia de los Hepadnaviridae. Las vías de transmisión son de madre a hijo en el momento del parto (vertical), por exposición a sangre y derivados de una persona infectada (horizontal parenteral), y por transmisión sexual o por compartir útiles de aseo personal con una persona infectada (horizontal no-parenteral). Las manifestaciones clínicas son infección aguda (lo que es más común entre los adultos), anorexia, náuseas, vómitos, astenia, artromialgias, cefalea, y posteriormente, ictericia y hepatomegalia dolorosa. En esta etapa la recuperación tras tratamiento es en un período de 3 a 4 meses, mientras que la infección crónica conlleva a daño hepático crónico, carcinoma o hepatocelular (más común en niños y niñas que en adultos).

Tos Convulsiva o Coqueluche
Es causado por un coco bacilo aerobio bordetella pertussis y se transmite por la vía respiratoria por lo que es altamente contagiosa. Las manifestaciones clínicas son inflamación traqueo bronquial y accesos típicos de tos violenta, espasmódica con sensación de asfixia, que terminan con un ruido estridente durante la inspiración. Dentro de las complicaciones se encuentra la neumonía, encefalitis (debido a la falta de oxígeno) y la muerte, especialmente en niños menores de 6 meses.

Descripción del producto: Vacuna inactivada, inyectable, contiene antígenos para cinco agentes infecciosos:

- Toxoides diftérico y tetánico inactivado
- bacterias inactivadas bordetella pertussis de células enteras (tos convulsiva o coqueluche)
- Fracciones antigénicas de superficie del virus de hepatitis B
- Polisacárido capsular de haemophilus influenzae tipo B (Hib)

Requisitos de administración: Se administra a niños y niñas de 2, 4, 6 y 18 meses de forma ambulatoria.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la vacuna
- Signos de hipersensibilidad tras administración anterior de la vacuna.
- Si en dosis previas de vacuna con componente pertussis el menor presentó Encefalopatía de causa desconocida, reacción anafiláctica.
- Si en dosis previas de la vacuna se presenta trombocitopenia transitoria o complicaciones neurológicas.
- Contraindicación temporal: Se debe posponer en cuadros severos de enfermedad febril aguda, sin embargo, la presencia de una infección leve no es una contraindicación de la vacuna.

Reacciones de la vacuna:

- Esperables: Reacciones locales como dolor, enrojecimiento, inflamación y reacciones generales como pérdida del apetito, fiebre, somnolencia, irritabilidad, cefalea, síntomas gastrointestinales, mareos, artralgia, mialgia, rash, prurito, urticaria, excepcionalmente pueden presentar reacciones anafilácticas inmediatas, en este caso consultar con medico APS.
- Adversas: Las reacciones debidas al componente bordetella pertussis son llanto persistente que dura más de 3 horas; convulsiones; episodios de hipotonía e hipo reactividad; encefalopatía. Consultar en forma inmediata en Servicios de Urgencia o SAPU.

Indicaciones a los padres y cuidadores:

- Indicar las reacciones esperables y adversas y la conducta a seguir en caso de que se presenten.

c) Vacuna dTpa (acelular)

Protege contra difteria, tétanos y tos convulsiva o coqueluche, patologías descritas anteriormente.

Descripción del producto: Vacuna combinada, con dosis reducidas de antígenos de difteria, tétanos y componente pertussis acelular, suspensión inyectable.

Edad de administración: Se administra a niños y niñas que cursen primero y octavo básico.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la vacuna
- Signos de hipersensibilidad tras administración anterior de la vacuna.
- Si en dosis previas de vacuna con componente pertussis el menor presentó Encefalopatía de causa desconocida, reacción anafiláctica.
- Si en dosis previas de la vacuna se presenta trombocitopenia transitoria o complicaciones neurológicas.
- Contraindicación temporal: Se debe posponer en cuadros severos de enfermedad febril aguda, sin embargo, la presencia de una infección leve no es una contraindicación de la vacuna.

Reacciones de la vacuna

- Esperables: Reacciones en el lugar de inyección como dolor, enrojecimiento, inflamación y reacciones generales como fiebre, dolor de cabeza, fatiga y malestar general. Menos frecuentes son las náuseas y mareos.
- Adversas: Puede presentarse síncope (desmayos), por lo que es importante que el profesional que aplica la vacuna implemente los procedimientos o espacios para evitar las lesiones por desmayos.

Indicaciones a los padres o cuidadores:

- Indicar las reacciones esperables y adversas y la conducta a seguir en caso de que se presenten.

d) Vacuna Polio oral o Sabin

La vacuna polio oral protege contra la poliomelitis, cuyo agente causal es el polio virus (entero virus) que se transmite a través del contacto oral, con fecas, con secreciones respiratorias o contagio transplacentario. Afecta al sistema linfático y nervioso, es una enfermedad aguda cuyos manifestaciones van desde una infección asintomática hasta una enfermedad paralítica.

Descripción del producto: virus polio vivo atenuado, trivalente de virus polio I, II y III, administradas por vía oral (gotas).

Requisitos de administración: A todos los niños y niñas de 2, 4, 6 y 18 meses de vida en forma ambulatoria, no estar hospitalizado o inmunodeprimido.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad conocida a la neomicina y polimixina B (por posibilidad de encontrar trazas en la vacuna).
- Personas con inmunodeficiencia congénita o adquirida; contactos de personas con inmunodeficiencia (por riesgo de diseminación fecal oral).
- Contraindicaciones temporales: vómitos, diarrea moderada a severa, enfermedades febriles con compromiso del estado general, y niños y niñas hospitalizados.

Reacciones:

- Esperables: Reacciones generales como pérdida de apetito, fiebre, somnolencia e irritabilidad.
- Adversas: Poliomielitis paralítica relacionada con la vacuna (PPRV) en vacunados y en personas que han estado en contacto con ellos debido a mutaciones del polio virus vacunal dando lugar a la aparición de cepas más virulentas produciendo parálisis post vacunal, especialmente en contactos con adultos susceptibles e inmunodeprimidos. El riesgo es mayor con la primera dosis y menor para las subsiguientes.

Indicaciones a los padres:

- Hay que instruir en el cuidadoso manejo de las deposiciones de los niños y las niñas que han sido vacunados durante un mes (desechar de inmediato pañales, lavado de manos después de cada muda), especialmente en caso de familiares con inmunodepresión.
- Indicar las reacciones esperables y adversas y la conducta a seguir en caso de que se presenten.

e) Vacuna neumocócica conjugada

La administración de la vacuna neumocócica conjugada protege contra enfermedades neumocócicas causadas por S. pneumoniae (incluyendo sepsis, meningitis, neumonía, bacteremia y otitis media aguda) y contra las otitis media aguda causada por el Haemophilus innfluenzae No Tipificable. La vía de transmisión es nasofaringe es el nicho ecológico natural de la bacteria, desde ahí se transmite a través de las secreciones respiratorias. Las manifestaciones clínicas varían según la enfermedad desarrollada y los síntomas dependen del sitio de infección, a menudo son leves, pero puede causar síntomas graves.

Descripción del producto: Vacuna conjugada contra 10 serotipos de Streptococcus pneumoniae (decavalente).

Requisitos de administración: Todos los niños y las niñas a los 2, 4 y 12 meses de vida. En aquellos de nacieron con menos 37 semanas de gestación se les deben administrar las mismas dosis y agregar una adicional de refuerzo al año de edad.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad conocida a cualquiera de los componentes de la vacuna y enfermedades agudas severas.

Reacciones:

- Esperables: Dolor, enrojecimiento e inflamación en el sitio de punción, fiebre, somnolencia, irritabilidad y pérdida de apetito.
- Adversas: Lo más frecuente es la induración en el sitio de punción, también se han reportado trombosis, sangrado o hematoma en el sitio de la inyección, con mucha menos frecuencia se reporta diarrea o vómitos, llanto prolongado, apneas (especialmente en prematuros), convulsiones, reacciones alérgicas como erupción de la piel o urticaria.

Indicaciones a los padres:

- Indicar a los padre que los niños pueden presentar dolor, enrojecimiento e inflamación en el sitio de punción, fiebre e irritabilidad
- Indicar las reacciones esperables y adversas y la conducta a seguir en caso de que se presenten.

f) Vacuna Meningococo

A partir del año 2014 se incorpora en el Decreto de vacunación la administración obligatoria de una dosis de vacuna Meningocócica, la cual confiere protección frente a neisseria meningitidis de los grupos A, C, W-135 cuya vía de trasmisión es por contacto directo y próximo, a menos de 1 metro, con secreciones nasofaríngeas. Las manifestaciones clínicas de la infección van desde un proceso febril sin foco con buen estado general hasta un cuadro de sepsis fulminante pasando por meningitis, sepsis, neumonía, artritis y pericarditis.

Descripción del producto: vacuna conjugada contra el meningococo, se componen de una combinación de polisacáridos purificados, extraídos de 4 serogrupos de meningococos: A-C-Y-W135.

Requisitos de administración: Administrar dosis única a los 12 meses.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes

Reacciones

- Esperables: Fiebre, inflamación, dolor y enrojecimiento en el lugar de inyección, fatiga, pérdida de apetito, irritabilidad, adormecimiento, cefalea.
- Adversas: Reacción anafiláctica (reacción de hipersensibilidad aguda grave) posvacunación.

Indicaciones a los padres o cuidadores: Los niños pueden presentar eritema, dolor e induración en el lugar de la inyección de 1 a 2 días de duración.

g) Vacuna Tres Vírica (SRP)

La vacuna tres vírica protege contra el sarampión, rubéola, parotiditis, a saber:

Sarampión:
Enfermedad causada por el agente causal morbillivirus de la familia de los paramyxovirus, la vía de transmisión es por medio del contacto directo con gotitas de secreciones nasofaríngeas infectadas o, más raramente, por diseminación aérea. Dentro de las manifestaciones clínicas se encuentran el sarpullido, fiebre alta, tos, rinorrea, conjuntivitis, manchas de koplik y más tarde un exantema maculo papuloso que dura 4 a 7 días. Las complicaciones son otitis media, laringotráqueobronquitis, neumonía, diarrea y muy raramente encefalitis.

Rubéola:
Enfermedad causada por el agente causal rubivirus de la familia de los togaviridae cuya vía de transmisión es por contacto con las secreciones rinofaríngeas, por diseminación de gotitas o por contacto directo con personas enfermas. Las manifestaciones clínicas son exantema eritematoso maculopapular, adenopatías y/o fiebre, puede haber poli artralgias y poli artritis transitoria (raras en niños y niñas, pero frecuentes en adolescentes y adultos). Dentro de las complicaciones se encuentra la encefalitis o trombocitopenia.

Parotiditis:
Enfermedad causada por paramyxovirus de la familia de los paramyxoviridae, cuya vía de transmisión es por diseminación de gotitas de las vías respiratorias y por contacto directo con la saliva de una persona infectada. Dentro de las manifestaciones clínicas se encuentra la mialgias, dolor de cabeza, malestar general y fiebre baja, aumento de volumen de glándulas parótidas, uni o bilaterales. Las complicaciones van desde meningitis, inflamación de los testículos u ovarios, inflamación del páncreas y sordera (generalmente permanente), nefritis, miocarditis y/o artritis. Encefalitis y secuelas neurológicas permanentes son complicaciones de muy rara presentación.

Descripción del producto: Vacuna inyectable de virus atenuados contra sarampión, rubéola y parotiditis (paperas), otorga inmunidad de larga duración.

Requisitos de administración: Niños y niñas de un año de vida y que cursen el primero básico.

Contraindicaciones:
- En sujetos inmunodeprimidos.
- En niños y niñas que hayan recibido gammaglobulina, debe diferirse la vacuna, según dosis recibida.
- Reacción alérgica posterior a una dosis previa o a componentes de la vacuna (Ej. gelatina, neomicina).

Reacciones
- Esperables: Fiebre y exantema entre los días 5 y 12 posteriores a la administración de la vacuna.
- Adversas: Convulsiones febriles, parotiditis leve, trombocitopenia o reacción alérgica severa (anafilaxia).

Indicaciones a los padres: Se puede administrar simultáneamente con otras vacunas actualmente en uso. Puede aparecer rash (erupción en la piel que afecta a su color) o parotiditis leve aproximadamente 5 a 12 días post administración.

h) Vacuna Anti-virus Papiloma Humano

La vacuna se administra para la prevención de cáncer cervical, vulvar y vaginal, lesiones precancerosas o displásicas, verrugas genitales e infección causada por el Virus de Papiloma Humano (VPH) a través de transmisión sexual, contacto cutáneo, transmisión perinatal por escamas infectadas directa o indirectamente dependiendo del genotipo de la lesión clínica.

Descripción del producto: Dos dosis con intervalo mínimo de 12 meses de Vacuna Tetravalente Anti Virus Papiloma Humano (Tipos 6, 11, 16, 18).

Requisitos de administración: La primera dosis se entregará a todas las niñas que cursen el cuarto básico a partir del 2014 y segunda dosis en quinto básico a partir del año 2015

Contraindicaciones:
- Hipersensibilidad a las sustancias activas o a cualquiera de los excipientes de la vacuna.
- Aquellas niñas que desarrollan síntomas que indiquen hipersensibilidad después de recibir una dosis de la vacuna, no deben recibir más dosis.

Reacciones

- Esperables: Eritema, dolor, prurito y hematoma en sitio de inyección;.
- Adversas: Cefalea, mareos, trastornos gastrointestinales, nauseas, dolor de extremidades, fiebre

Indicaciones a los padres: Sincopé o reacción vaso-vagal ocurre inmediatamente antes, durante o en los minutos posteriores a la administración de la vacuna, como resultado de hiperventilación secundaria a ansiedad o temor.

Recomendaciones generales a los padres posteriores a la vacunación

Posterior a la vacunación se pueden presentar algunas reacciones, en generales leves y transitorias, esperables como:

- Fiebre con temperatura mayor a 37.5ºC
- Inflamación, enrojecimiento y dolor o aumento de volumen en la zona de la inyección
- Decaimiento.

Pueden durar desde las primeras 24 horas hasta 3 días. Si presenta otra manifestación o estas se prolongan por muchos días referir al menor al centro de salud más cercano para avaluación médica.

Dentro de las acciones a seguir pos vacunación por parte de los padres, se aconseja:

- Dar a tomar bastante líquido o pecho si es un lactante.
- Colocar compresas frías (temperatura ambiente) si existe dolor local.
- No abrigar en exceso.
- No tocar la zona donde se ha vacunado.

CAMPAÑAS DE INMUNIZACIÓN MINISTERIALES

Ademas de las vacunas programáticas entregadas en períodos críticos de la vida, el Programa Nacional de Inmunizaciones entrega protección a enfermedades específicas en épocas críticas o ante riesgo de contagio a la población de mayor riesgo, dentro de estas vacunas se encuentra la vacuna anti-influenza.

a)Vacuna Anti Influenza

Descripción del producto: Anualmente la vacunación anti-influenza se ajusta a las recomendaciones de la OMS para el hemisferio sur.

Momento de aplicación y dosis: Vacunación anual en los grupos objetivo de la intervención. En menores de 3 años la dosis corresponde a 0,25 ml; en mayores de 3 años y adultos se administra dosis de 0,5 ml. Para lograr una buena respuesta inmune niños y niñas menores de 9 años que se vacunan por primera vez, deben recibir dos dosis separadas al menos por 4 semanas.

Grupos objetivos a los cuales va dirigida la vacunación anti influenza:

1. Gestantes, a partir de la semana 13 de gestación.
2. Los niños y niñas de edades comprendidas entre los 6 meses y 23 meses.
3. Las personas de 65 años y más.
4. Trabajadores de plantas avícolas y criadores de cerdo.
5. Los pacientes portadores de alguna de las siguientes condiciones de riesgo:

- Diabetes.
- Enfermedades pulmonares crónicas, específicamente: asma bronquial; EPOC; fibrosis quística; fibrosis pulmonar de cualquier causa.
- Cardiopatías, específicamente: congénitas; reumática; isquémica y miocardiopatías de cualquier causa, con excepción de la hipertensiva.
- Enfermedades neuromusculares congénitas o adquiridas que determinan trastornos de la deglución o del manejo de secreciones respiratorias.
- Obesidad.
- Insuficiencia renal en etapa 4 o mayor. Insuficiencia renal en diálisis.
- Insuficiencia hepática crónica (56).
- Enfermedades autoinmunes como Lupus; escleroderma; artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, etc (34).
- Cáncer en tratamiento con radioterapia, quimioterapia, terapias hormonales o medidas paliativas de cualquier tipo (34).
- Infección por VIH. Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (34).

Contraindicaciones:

- Reacciones alérgicas severas a algún componente de la vacuna en dosis previas.
- Reacciones alérgicas severas al huevo.
- Historia de Guillain-Barré, a dosis previas de Influenza.
- Personas con terapia inmunosupresora (prednisona o su equivalente en dosis de 2 mg/Kg/día, hasta tres meses de terminada dicha terapia y personas que estén recibiendo dosis decrecientes de corticoides, hasta tres meses de recibir dosis inferiores a 0,5 mg/K/día). La postergación se basa en lograr mejor inmunogenicidad de la vacuna, no en problemas de seguridad. En situaciones epidemiológicas de riesgo debe administrase la vacuna según el esquema habitual.
- Contraindicaciones temporales: personas con enfermedad aguda severa (Ej. meningitis, sepsis, neumonía). Pacientes que han recibido gammaglobulinas deben esperar 12 semanas para aplicar la vacuna. La postergación se basa en lograr mejor inmunogenicidad de la vacuna, no en problemas de seguridad. En situaciones epidemiológicas de riesgo debe administrase la vacuna según el esquema habitual.

Reacciones

- Esperables: Dolor, enrojecimiento o hinchazón en el sitio de inyección. Otras reacciones leves son ronquera, dolor enrojecimiento y picazón en los ojos y también fiebre y dolores musculares. Estas reacciones se pueden presentar poco tiempo después de la vacunación y duran 1 o 2 días.
- Adversas: Anafilaxia o reacciones alérgicas (en caso de ocurrir se presentan a los minutos o pocas horas de haber recibido la vacuna).

Consideraciones en grupos específicos: La vacuna contra influenza inactivada contiene proteínas de huevo y en raras ocasiones produce reacciones alérgicas inmediatas, que incluyen anafilaxia. Por tal razón es que se recomienda que no reciban esta vacuna las personas con hipersensibilidad intensa al huevo, ya que están expuestos a un riesgo de mostrar reacciones anafilácticas.

Las pruebas cutáneas con vacuna diluida no aportan datos que permitan predecir una reacción alérgica a la vacunación. Por lo tanto, por el peligro de que surja una reacción adversa intensa, por la necesidad de revacunación anual y porque se cuenta con quimioprofilaxis contra la influenza, es que se contraindica esta vacuna en las personas con hipersensibilidad intensa al huevo.

Las manifestaciones locales o menos intensas de alergia al huevo o las plumas no son contraindicaciones para administrar la vacuna contra la influenza inactivada y no justifican la prueba cutánea con la vacuna.

56 En las cuatro últimas condiciones de riesgo mencionadas puede considerarse, con indicación de médico tratante, retrasar la administración de la vacuna hasta la remisión o estabilización de la enfermedad de base, de modo de lograr una mejor respuesta inmune. La postergación se basa en lograr mejor inmunogenicidad de la vacuna, no en problemas de seguridad. En situaciones epidemiológicas de riesgo debe administrase la vacuna según el esquema habitual.

ESQUEMAS DE VACUNACIÓN INCOMPLETOS

La razón más frecuente de atraso en el calendario de inmunizaciones en los lactantes es postergación por enfermedades que no contraindican inmunizar. Enfermedades como IRA o SDA con o sin fiebre, no son una contraindicación para las vacunas de rutina. El uso de antibióticos tampoco contraindica la vacunación; la fiebre elevada es motivo de suspensión transitoria de la vacunación. Una temperatura de 40,5°C o más dentro de las primeras 48 horas de la vacuna DPT es considerada una precaución, no una contraindicación, frente a las administraciones siguientes.

Un retraso en el calendario de vacunación no obliga a reiniciar toda la serie. Si no se aplicó una dosis de pentavalente, polio oral o neumocócica conjugada, habrá que aplicar las dosis subsecuentes en la siguiente visita, como si hubiera transcurrido el intervalo normal. Hay que hacer la anotación respectiva en el registro nacional de inmunizaciones (RNI) de que dosis se trata y cumplir con los criterios de edad e intervalos mínimos para la aplicación de todas las dosis.

Vacuna y Nº dosis	Edad		Intervalo	
	recomendada para recibir dosis	mínima para recibir dosis	recomendado dosis siguiente	mínimo dosis siguiente
Pentavalente, 1ª	2 meses	6 semanas	2 meses	4 semanas
Pentavalente, 2ª	4 meses	10 semanas	2 meses	4 semanas
Pentavalente, 3ª	6 meses	6 meses	12 meses	6 meses
Pentavalente, 4ª	18 meses	12 meses	-	-
OPV, 1ª	2 meses	6 semanas	2 meses	4 semanas
OPV, 2ª	4 meses	10 semanas	2 meses	4 semanas
OPV, 3ª	6 meses	6 meses	12 meses	6 meses
OPV, 4ª	18 meses	12 meses	-	-
Neumocócica 1ª	2 meses	6 semanas	2 meses	4 semanas
Neumocócica 2ª	4 meses	10 semanas	8 meses	8 semanas
Neumocócica 3ª	12-15 meses	12 meses	-	-
SRP (Trivírica) 1ª	12-15 meses	12 meses	5 años	4 semanas
SRP (Trivírica) 2ª	6-7 años	13 meses	-	-
dTpa	6-7 años	6 años	7 años	-
Influenza	-	6 meses	1 mes	1 mes

Vacuna BCG

En niños no inmunizados contra tuberculosis, con vacuna BCG, por haber nacido en el extranjero, se deben tomar las siguientes estrategias:

1. Vacunar al niño o la niña con BCG inmediatamente después de llegar al país. Esta estrategia pudiera ser la mejor en pequeños de 4 años o menos, en que la infección latente por tuberculosis puede evolucionar rápidamente a enfermedad, si permanecerán más de seis meses en el país.
2. Niños y niñas mayores de 4 años no tienen indicación de vacunación, ya que la vacuna solo protege contra la enfermedad invasora, la cual es prevalente solo hasta los 4 años.
3. No se requiere PPD previo a vacunación en niños y niñas que provienen de países con baja endemia como Estados Unidos, Canadá y Australia. Por el contrario, en niños y niñas provenientes de países con alta endemia como Perú, Bolivia y Países de Europa del Este, se recomienda PPD y radiografía de tórax para descartar infección y enfermedad, respectivamente.
4. No vacunar y practicar una prueba cutánea con tuberculina ocho a 12 semanas después de que los menores vuelven a su país, para descartar infección. Dicha estrategia se recomienda particularmente en niños o niñas que están seis meses o menos en el país.

La vacuna BCG **se puede administrar junto a otras vacunas PNI.**

Vacuna Pentavalente

A partir de los 6 años se recomienda no utilizar componente pertussis de células completas, por lo tanto, la limitante para el inicio del esquema de pentavalente será la edad, la máxima para inicio de esquema con vacuna pentavalente sería a los 5 años para terminarlo antes de los 6 años.

El intervalo recomendado entre la primera y la segunda dosis es de 2 meses. Sin embargo, para niños entre 4 meses y 6 años con retraso mayor a un mes el intervalo mínimo es de un mes.

La tercera dosis de Hepatitis B debe ser al menos 16 semanas después de la primera, pero un intervalo amplio entre las dos primeras dosis no afecta la inmunogenicidad.

Vacuna Trivírica (SRP)

La administración de la vacuna trivírica se debe diferir en hasta 11 meses después de la administración de inmunoglobulina endovenosa (IVIG), dependiendo de la dosis utilizada.
Los portadores de VIH deben recibir vacuna SRP a menos que exista compromiso inmunológico severo (CD4 <15%).

No es una contraindicación para recibir la vacuna ser alérgico al huevo.

ADMINISTRACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES VACUNAS

Casi todas las vacunas pueden ser aplicadas simultáneamente en forma innocua y eficaz; no existen contraindicaciones para esa práctica, en el caso de las recomendaciones habituales para lactantes y niños. La respuesta inmune a una vacuna por lo común no interfiere con la respuesta a las demás. (Una excepción sería la disminución de la capacidad inmunogénica cuando se aplican juntas las vacunas contra el cólera y la fiebre amarilla). La administración simultánea origina cifras de seroconversión y efectos adversos semejantes a las observadas cuando se administran las vacunas en visitas separadas.

La administración simultánea de múltiples vacunas incrementa significativamente las tasas de cobertura. Cuando se administran simultáneamente las vacunas, habrá que utilizar jeringas y sitios separados, y si la inyección es en la misma extremidad debe estar a 2.5 cm de distancia para así diferenciar cualquier reacción local.

Las vacunas inactivadas no interfieren en la respuesta inmune a otras vacunas similares o a las elaboradas con microorganismos vivos. Algunos datos indican la posibilidad de que disminuyan las respuestas inmunes cuando se aplican en forma no simultánea dos o más vacunas hechas con virus vivos, pero dentro de un plazo que no excede de 28 días, entre sí; por tal razón, las vacunas parenterales de virus vivos que no se aplican en el mismo día deben administrarse como mínimo con una diferencia de 28 días (cuatro semanas) en la medida de lo posible.

Tabla 30: Aplicación simultanea de vacunas, según tipo.

Antígenos	Intervalo Mínimo recomendado
≥ 2 inactivados	Ninguno; es posible administrar simultáneamente o dejar cualquier intervalo entre una y otra dosis
Inactivado y vivo	Ninguno; es posible administrar simultáneamente o dejar cualquier intervalo entre una y otra dosis
≥ 2 vivos parenterales	Intervalo mínimo de 28 días si no se administran simultáneamente

TIMEROSAL EN VACUNAS

Aun cuando la evidencia científica disponible ha descartado la asociación causal entre exposición a timerosal por vacunas con autismo u otro tipo de trastornos generalizados del desarrollo siguen existiendo cuestionamientos al uso de vacunas, especialmente aquellas que contienen timerosal (etilmercurio). Algunos pediatras se han hecho eco de esto y evitan usar las vacunas del Plan Nacional de Inmunizaciones, indicando alternativas que tienen un alto costo para las familias y pacientes, y que eventualmente pueden resultar en una disminución de la cobertura y protección en nuestra comunidad.

La totalidad de las vacunas del Plan Nacional de Inmunizaciones cumplen con la exigentes normas de fabricación y contenido de etilmercurio establecidas por la *Food and Drug Administration (FDA) y Center for Diseases Control and Prevention (CDC)* de los Estados Unidos y de la Agencia de Medicamentos y Biológicos de la Comunidad Europea.

La única vacuna que contiene timerosal (etilmercurio) es la vacuna pentavalente (DTP-Hib-HB) (menos de 6 µg/dosis) cuya presentación es monodosis.

Erróneamente se informa a algunos pacientes que la vacuna sarampión-rubeola-paperas (tresvírica) contiene timerosal, en circunstancias que al ser una vacuna a virus vivo el timerosal no puede ser utilizado en su fabricación ni contenerlo en el producto final, ya que la inactivaría.

El PNI cumple con los exigentes estándares de EEUU y Europa y sigue un principio de precaución, en el sentido de que aunque la OMS ha establecido que el timerosal no tiene riesgos para la salud, se ha preferido disminuir las vacunas en uso.

La principal fuente de exposición humana al metilmercurio, un compuesto orgánico, es el consumo de pescados y mariscos contaminados por ese producto. El mercurio presente en el medio ambiente y que contamina pescados y mariscos procede sobre todo de la actividad humana, y en particular de las centrales termoeléctricas alimentadas con carbón, los sistemas de calefacción doméstica, los incineradores de desechos y la minería del mercurio, el oro y otros metales. El metilmercurio presente en un pescado como el atún (en el tope de la cadena de depredadores y acumulador de toda la contaminación presente en sus presas) constituye un riesgo mayor que el etilmercurio contenido en el timerosal.

Tabla 31: Concentración de Timerosal en Vacunas

Tipo	Vacunas	Laboratorio	Dosis	Concentración timerosal
BCG	Vacuna BCG	Sweepharm	< 1 año 0,05mL > 1 año 0,1mL	No declara
Pentavalente	Quinvaxem®, Vacuna pentavalente DTP-HB-Hib	Novartis	0,5mL	≤6mcg/dosis
Polio oral	Opvero®	Sanofi Pasteur	0,1mL	No declara
Neumocócica conjugada 10 valente	Synflorix®	GSK	0,5mL	No declara
Tres vírica	Vacuna contra sarampión, parotiditis y rubeola, virus atenuada	Euromed (Ex Volta)	0,5mL	No declara
dTpa	Booxtrix®	GSK	0,5mL	No declara
	Adacel®	Sanofi Pasteur	0,5mL	No declara
Neumocócica polivalente	Neumo 23®	Sanofi Pasteur	0,5mL	No declara
	Pneumovax	MSD	0,5mL	No declara
Hexavalente	Infanrix	GSK	0,5mL	No declara
Inmunoglobulina Antitetánica	Igantet	Grifols		
Fiebre amarilla	Stamaril®	Sanofi Pasteur	0,5mL	No declara
Hepatitis A	Havrix Jr	GSK	0,5mL	No declara
Hepatitis B	Recomvax-b Adulto	Sanofi Pasteur	0,5mL	12,5 mcg/dosis
DT profilaxis	DT, vacuna TD adsorbida antitetánica y antidiftérica para adultos y adolescentes	Euromed (ex Volta)	0,5mL	0,05mg/dosis
Antirrábica	Verorab®	Sanofi Pasteur	0,5mL	No declara
Anti-Influenza	Vaxigrip®	Sanofi Pasteur	0,5mL Adulto 0,25mL Pediátrico	No declara
	Fluazur®	Novartis	0,5mL Adulto 0,25mL Pediátrico	No declara
	Fluvirin®	Novartis	0,5mL	0,25 mcg/dosis
Anti-meningocócica	Menactra	Sanofi Pasteur	0,5mL	No declara
	Menomune	Sanofi Pasteur	0,5mL	25mcg/dosis
	Mencevax	GSK	0,5mL	No declara
	Menveo	Novartis	0,5mL	No declara

5. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y SEGURIDAD

Los accidentes constituyen la primera causa de muerte en niños mayores de un año. La mayoría de la morbimortalidad es causada por choques automovilísticos, inmersión, ahogo por cuerpos extraños, quemaduras, envenenamiento y caídas [119]. Es fundamental destinar esfuerzos a la prevención de accidentes y anticiparse a los posibles riesgos según la edad de cada niño o niña y la realidad familiar.

La prevención de accidentes puede clasificarse en:

- Prevención primaria: Remoción o disminución al máximo de circunstancias que puedan causar accidentes. Por ejemplo, poner malla de seguridad en las ventanas, entregar a organismos autorizados las armas que hubieran en el hogar.
- Prevención secundaria: Reduce la severidad de los daños si es que ocurre un accidente. Por ejemplo, usar casco de bicicleta o una silla de auto.
- Prevención terciaria: Realizar un tratamiento y rehabilitación óptimos una vez que se produjo el accidente. Por ejemplo, llamar al CITUC y manejar correctamente una intoxicación, aplicar procedimientos de reanimación cardiopulmonar básica un ahogo.

A continuación se presentan medidas de seguridad para los riesgos más frecuentes a los cuales están expuestos los niños y las niñas en cada etapa y las indicaciones para prevenirlos, de modo de poder orientar a los padres y cuidadores en el establecimiento de reglas claras y eficientes para resguardar su seguridad de los niños y niñas.

El trabajar en prevención de accidentes también es un trabajo por la equidad de niños y niñas. Estudios internacionales han evaluado que el nivel socioeconómico bajo, discapacidad previa del niño o la niña pertenencia a minorías étnicas aumenta considerablemente el riesgo de accidentes tanto dentro como fuera del hogar.

TRASPORTE SEGURO DE NIÑOS Y NIÑAS EN AUTOMÓVILES

Las sillas de auto, usadas en forma correcta, disminuyen el riesgo de lesiones mortales en un 71% y el riesgo de lesiones graves en un 67% [126]. El uso de alzadores, en el grupo correspondiente, disminuye el riesgo de lesiones en un 57% [127]. Los padres y cuidadores suelen sacar en forma prematura nidos, sillas o alzador infantiles, lo que constituye un alto riesgo para niños y niñas [128].

Las condiciones básicas de seguridad en el auto para niños y niñas son:

- Deben ir en el asiento trasero (idealmente al medio) hasta los 13 años de edad. Es importante que nunca vayan cerca de un sistema airbag y que si el auto lo tiene, sea desactivado en el asiento trasero.
- Las recomendaciones para el uso de silla de auto deben mantenerse por lo menos según lo estipulado a continuación [128] [130]:
  - Los niños y niñas desde recién nacidos hasta al menos los 10 kilos de peso y que tengan un año o más, deben ir en silla de auto o huevito, mirando hacia atrás del sentido de marcha del auto. Si el niño o la niña cumple el año pero todavía no pesa 10 kilos, debe seguir mirando hacia atrás.
  - Desde que los niños y niñas pesan más de 10 kilos y hasta los 22 kilos pueden ir mirando hacia adelante en silla de auto. La altura máxima promedio es de 122 cm pero esto puede variar según el modelo de la silla. Una vez que el niño o la niña supera la capacidad de la silla debe pasar a alzador.
  - Desde los 18 kilos hasta al menos 145 cm de estatura y 36 kilos de peso, se debe utilizar un alzador.
  - Desde 145 cm de estatura y 36 kilos de peso se debe utilizar el cinturón de hombro y cintura en el asiento trasero.



Figura 47: Correcto trasporte de niños y niñas en automóviles

Los errores más frecuentes en el uso de silla de auto son los siguientes [128] [129][57]

- La silla no va firmemente ajustada al asiento del auto (La silla debe ir firmemente ajustada al asiento del auto)
- El niño o la niña va con las correas sueltas y no queda ajustado en la silla del auto (para que esté bien ajustado no se debe poder meter un dedo entre las correas y el niño o niña).
- El clip de ajuste del pecho no está a la altura de las axilas (suele estar erróneamente más abajo).

Es importante recordar a la familia que si no tiene vehículo particular y es usuaria de colectivos o taxi debe viajar con las mismas recomendaciones, adaptando la silla en el auto del transporte público. Además que no es seguro que la silla de auto haya sido usada anteriormente por otro niño o niña, ya que puede existir un choque previo que haya alterada la estructura de la silla y por ende su seguridad, aunque aparentemente no sea perceptible.

57 Ver errores menos frecuentes en " Transportation of infants and children in motor vehicles" (Canadian Paediatric Society, 2008)

USO DE CASCO SEGURO

Los niños y las niñas desde temprana edad deben siempre usar casco adecuados para el tamaño de su cabeza al andar en vehículos personales como bicicleta, correpasillos, skate, monopatín, patines, etc. independiente del lugar, la distancia que recorrerán y del tamaño y velocidad del vehículo [130].

Si el niño o niña es trasportado por un adulto en bicicleta u otro vehículo personal debe ir con casco adecuado a su tamaño y con cinturón de seguridad ajustado al dispositivo de transporte [130].

En caso de estar rotos o en mal estado deben cambiarse inmediatamente. Además, no se deben adquirir cascos usados, pues pueden presentar daños que ponen en riesgo al nuevo usuario (Ver figura 48) [130].

Para asegurarse que el casco esté correctamente puesto, deben seguirse las siguientes indicaciones, en el siguiente orden [130]:

1. Elegir tamaño adecuado. Puede usarse con o sin almohadillas, dependiendo del tamaño de la cabeza del niño o la niña.
2. El casco debe quedar sobre dos dedos sobre la cejas.
3. Debe abrocharse las correas bajo la barbilla
4. Se debe ajustar las correas laterales de modo que formen una “V” debajo de cada oreja.
5. Ajustar correa de la barbilla de modo de que no quepan dos dedos entre la correa y la barbilla.
6. Finamente corroborar si está bien puesto el casco, si el niño o la niña abre la boca debería sentir como el casco presiona su cabeza, si no es así, ajustar más la correa de la barbilla.

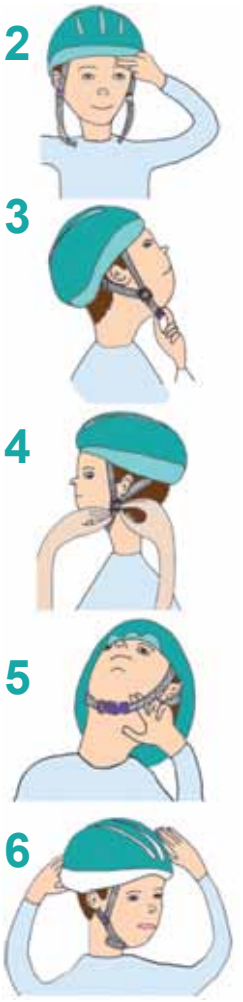


Figura 48: Casco seguro

PREVENCIÓN DE ASFIXIA POR INMERSIÓN

La asfixia por inmersión es la primera causa aislada de muerte en Chile de lactantes y preescolares, siendo superada solamente por los accidentes automotores, sumando los de peatones y ocupantes [125]. Dentro de las recomendaciones para prevenir la asfixia por inmersión se destacan:

- Los lactantes y preescolares deben ser supervisados y sujetados por un adulto mientras se encuentran en la tina. Nunca se debe dejar al niño o niña solo, ni por un segundo, ya que existe un alto riesgo de inmersión.
- En caso de que el niños o niña tenga acceso a una piscina, esta debe estar enrejada en todo su perímetro, con una reja de altura mínima 1,5 metros y no escalable.
- Las clases de natación para lactantes y preescolares (menores de cuatro años) no deben ser promovidas como una estrategia para prevenir la inmersión. Los niños y niñas menores de cuatro años no tienen la habilidad psicomotora para dominar técnicas de supervivencia en el agua y nadar en forma independiente. En este grupo de edad las clases en el agua contribuyen a otros objetivos como desarrollo de vínculo, confianza en el agua, educación de los padres sobre seguridad en el agua, etc [131].
- Mientras en el niño o la niña (de cualquier edad) se encuentre en la piscina, éste debe ser supervisión permanente por un adulto y aquellos que no sepan nadar deben usar chalecos salvavidas aprobados.

PREVENCIÓN DE ASFIXIA POR OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA Y AHORCAMIENTOS

La asfixia por obstrucción de la vía aérea y ahorcamientos es especialmente importante de prever con niños y niñas lactantes y preescolares, dentro de las recomendaciones para su prevención se destaca:

- No dejar objetos pequeños, duros y redondeados al alcance de niños y niñas que puedan ser introducidos por boca o narices, para ellos se debe tener como referencia que el tamaño de la vía aérea es del tamaño del dedo meñique del niño o la niña (aproximadamente). Cualquier objeto menor de 4 cm es peligroso.
- No ofrecer ni dejar al alcance alimentos duros, redondeados o pegajosos (Ej. maní, almendras, rodajas de salchichas).
- No dejar bolsas plásticas ni globos de látex al alcance de niños y niñas pequeños.
- No usar lazos ni cadenas en el cuello de niños y niñas.
- No usar pinches o prendedores pequeños en la ropa de niños y niñas.
- es recomendable poseer monitores de monóxido de carbono dentro de las casas y funcionando, aunque es poco habitual en nuestro contexto.

Es aconsejable que padres y cuidadores aprendan la maniobra para desatorar a lactantes conscientes, los pasos son [132]:

1. Sostenga al lactante boca abajo sobre el antebrazo, sostenga su cabeza en todo momento desde la barbilla.
2. De 5 palmadas en la espalda con la base de la palma de la mano libre entre los omóplatos del lactante.
3. Si el objeto no sale, voltee al lactante sobre la espalda.
4. Trace una línea imaginaria entre las tetillas del lactante y con 2 dedos aplique 5 compresiones en el punto medio de la línea.
5. Alterne 5 palmadas en la espalda y 5 compresiones en el pecho hasta que el objeto sea expulsado y el bebé pueda respirar. Si el objeto no es expulsado, iniciar técnica de Reanimación Cardiopulmonar (Ver Subsección Reanimación Cardiovascular, Capítulo 5).

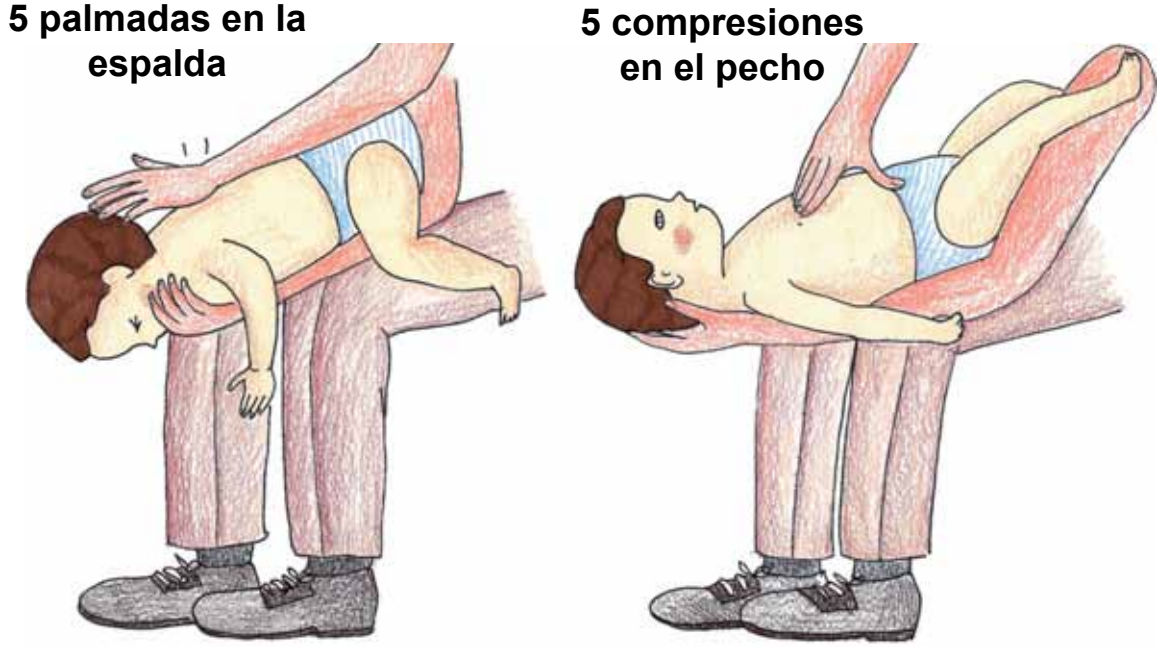


Figura 49: Maniobra para desatorar a lactantes.

PREVENCIÓN DE QUEMADURAS

Las quemaduras pueden ser provocadas por fuego, agua caliente o artefacto eléctricos. Para prevenir las quemaduras es necesario tener en consideración las siguientes recomendaciones:

- Dentro de lo posible, poseer un detector de humo en casa.
- Regular las llaves de agua caliente del hogar para que no puedan salir a más de 49ºC como máximo. La temperatura ideal para el baño de niños y niñas fluctúa entre los 36 y 38ºC.
- No exponer directamente al sol, especialmente entre 11 y 15 h. Si hace calor se aconseja ropa delgada, pero que cubra brazos y piernas, usar filtros solares siempre, prefiriendo aquellos físicos (pantalla solar) en lactantes pequeños (seis meses a doce meses).
- No beber líquidos calientes con el niño y niña en brazos o dejarlos al alcance.
- No cocinar ni planchar con el niño o niña en brazos.
- Evitar que los niños y niñas jueguen en la cocina y estén presentes con la supervisión de un adulto responsable.
- Asegurarse que los cables de hervidores no se encuentren al alcance de los niños y niñas.

Es importante recordar a los padres y cuidadores que el uso de fuegos artificial está prohibido por Ley 19680 y que su manipulación fuera del establecido por la Ley es altamente peligrosa, tanto para adultos como para niños y niñas.

PREVENCIÓN DE INTOXICACIÓN POR VENENOS Y MEDICAMENTOS

En Chile entre un 4 % y un 7 % de las consultas pediátricas de urgencia corresponden a intoxicaciones [133], la principal causa de intoxicaciones es la ingesta de medicamentos (52 %), seguidos de los productos de aseo (11 %). Entre los medicamentos involucrados, los principales son aquellos que actúan sobre el sistema nervioso central (49 %).

Algunas recomendaciones para disminuir el riesgo de intoxicación o el daño asociado son:

- Mantener utensilios de aseo (cloro, detergente, jabones líquidos, etc.) y medicamentos fuera del alcance de niños y niñas, bajo llave.
- Que padres y cuidadores conozcan el teléfono de contacto de Centro Toxicológico de la UC (CITUC).

CITUC “Centro Toxicológico de la Universidad Católica”
http://www.cituc.cl/
Fono +56 2 26353800

- Ante intoxicación con cualquier sustancia no inducir el vómito (algunas sustancias pueden dañar la vía aérea cuando se vomita).

Específicamente para prevenir la intoxicación por medicamentos, la Academia Americana de Pediatría y la Asociación Americana de Centros de Control de Intoxicaciones entregan algunas recomendaciones para los padres:

- Mantén todos los medicamentos fuera del alcance de los niños y niñas y en sus envases originales.
- Prefiere los envases que tienen cierres de seguridad, y asegúrate de que queden bien cerrados después de haberlos utilizado.
- No ingieras medicamentos delante de niños y niñas, porque ellos tienden a imitar a los adultos.
- Nunca referirse a los medicamentos como “algo rico”, ni siquiera para facilitar su aceptación.

- Vigilar de cerca hijos e hijas cuando visites a otras personas que usen medicamentos diarios, por ejemplo al ir a casa de los abuelos, ya que pueden tener medicamentos peligrosos al alcance de los niños y niñas.

SEGURIDAD AL DORMIR Y PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA

Para padres con niños o niñas menores de 1 año es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones para prevenir la muerte súbita [64] [128] [129]:

La posición más segura al dormir es la posición decúbito (de espalda-boca arriba).Es importante reforzar este concepto cuantas veces sea necesario, pues existe en la población la creencia que dicha posición puede ser insegura por la aspiración de secreciones.

- La posición más insegura para dormir es en prono (de guatita-boca abajo), pues es el predictor más alto de muerte súbita. Esta información debe ser entregada en forma clara a los padres y cuidadores.
- La posición de costado no se aconseja, pues los niños y niñas pueden girar durante la noche y quedar en posición prono.
- No poner almohada hasta que el niño o la niña cumpla un año, esto aumenta el riesgo de muerte súbita y no disminuye los episodios de reflujo.
- Es aconsejable, estando en posición de espalda, alternar la posición de la cabeza (mirando hacia distintos lados en distintos días) para prevenir la plagicefalia posicional (cabeza aplanada por dormir frecuentemente en la misma posición).
- El compartir la misma pieza disminuye el riesgo de muerte súbita, al menos hasta los seis meses de vida.
- Respecto a la cuna se recomienda que tenga un colchón duro, sin espacios entre cuna y colchón y con barras separadas por menos de 6 cm.
- No se debe incorporar otros elementos en la cuna, como peluches u otros juguetes ni tampoco usar ropa de cama muy gruesa. La ropa de cama debe estar firme a los pies del lactante y debe cubrir hasta la línea axilar, no más arriba.

El compartir cama con el lactante es un tema aún controversial, pues por un lado ayuda al desarrollo del vínculo del niño o la niña, regula el sueño infantil y permite que la familia en muchas ocasiones pueda descansar mejor. La evidencia en torno a la muerte súbita y el colecho (dormir juntos) es controversial, habiendo estudios que lo asocian a protección y otros a riesgo.

Tabla 32: Recomendaciones para padres sobre prevención de muerte súbita, según nivel de evidencia.

Nivel A (evidencia de alta calidad)	- Dormir de espalda siempre, por lo menos hasta los 6 meses. - Usar una superficie firme para dormir - Cohabitación (cuna dentro de la pieza). Evitar dormir en la misma cama, especialmente si el niño o la niña es menor de 3 meses. - Evitar objetos blandos y ropa de la cama suelta en la cuna. - Control periódico prenatal en gestantes - No exposición al tabaco durante la gestación y luego del nacimiento - No consumir alcohol ni sustancias ilícitas durante la gestación y luego del nacimiento - Lactancia materna a demanda. - Considerar el uso de chupete a la hora de la siesta y a la hora de acostarse (después del mes de vida y siempre que la lactancia esté bien establecida) - Evitar el sobre-abrigo. - No usar monitores como estrategia de reducción de muerte súbita
Recomendaciones nivel B (evidencia limitada)	- Mantener vacunación al día. - No utilizar implementos comercializados para reducir el riesgo de muerte súbita. - Cuando el niño o la niña se encuentre despierto y bajo supervisión, se recomienda facilitar prono para el desarrollo muscular y reducir al mínimo la plagiocefalia postural.
Recomendaciones nivel C (expertos)	- Profesionales de salud entregan recomendaciones de prevención de muerte súbita.

Fuente: SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment (American Academy of Pediatrics, 2011)

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Aunque las caídas son algo habitual, aumentando cuando el niño o la niña comienza a caminar y que la mayoría de ellas no representan mayor problema, es importante que los padres y cuidadores sepan prevenir aquellas que las sí pueden ocasionar lesiones graves. Algunas recomendaciones para padres y cuidadores de lactantes y preescolares son:

- Nunca dejar al niño o la niña solo en el mudador o en la cama, aunque sea pequeño.
- No dejarlo al niño o la niña solo en lugares donde pueda trepar y caer de una altura significativa (mayor a un metro).
- Las ventanas de la casa o departamento deben tener una malla de seguridad, independiente de la altura en la que se encuentre.
- Las escaleras deben tener una puerta de seguridad, evitar que el niño o la niña suba o baje por ellas sin ayuda y/o supervisión de un adulto.
- No se debe usar andador, pues aumenta el riesgo de caídas y lesiones graves. Además retrasa el caminar infantil.
- El nivel del colchón de la cuna debe ser bajo antes que el niño se siente por sí mismo en caso de tener una cuna con dos posiciones. En caso de usar cama se recomienda una baranda o que el colchón este cercano al suelo.

TENENCIA DE ARMAS EN EL HOGAR Y ENTREGA RESPONSABLE



El tener un arma de fuego en el hogar aumenta en forma considerable el riesgo de muerte accidental, homicidio o suicidio. Cada cierto tiempo son conocidas casos de menores que al estar jugando con armas se accidentan o lesionan a otros. Para evitar esta situación existe un programa a nivel nacional para la entrega de armas de fuego de forma anónima y sin sanción, a carago de la Dirección General de Movilización Nacional (DGMN).

Es importante que las familias conozcan que las armas pueden entregarse a través de las oficinas de "Autoridades Fiscalizadoras" ubicadas en algunas Comisarías de Carabineros a lo largo de todo el país, también existe la posibilidad de entregarlas en iglesias. Para hacer la entrega del arma solicite orientación a las "Autoridades Fiscalizadoras" más cercana al domicilio y ellos indicarán el procedimiento a seguir según las características del caso [130][58].

Para orientación para entrega de armas u otras dudas relacionadas
- Llamar a Fonos: (02)24413878
- Escribir a correos electrónico: oirs@dgmn.cl
- Escribir en cuenta twitter @leydearmas
- Visitar página web http://www.dgmn.cl/

PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL (PREESCOLARES Y ESCOLARES)

Se estima que un 8,7 % de los menores de edad fueron víctimas de abuso sexual, siendo el promedio de edad de la primera vez que fueron abusados es a los 8 años y medio. La mayoría de las víctimas son niñas (75 % niñas y 25 % niños). Es por ello que es importante educar a la familia respecto a cómo prevenir abuso sexual, entregando las siguientes indicaciones [137]:

- Acostumbrar a los niños y niñas a avisar si se sienten solos o tienen miedo, consolarlos y buscar activamente soluciones. No dejar que se les pase solos o solas, porque aprenderán a no pedir a ayuda a los adultos.
- Ante visitas de familiares o conocidos que necesiten alojar en casa, implementar camas adicionales (saco de dormir, sofá, etc.) en piezas distintas de donde duerman niños y niñas.
- Nunca dejarlos solos en la casa y menos aún si está alguna persona que a ellos o ellas no les agrade o les provoque desconfianza.
- Nunca dejar solos con personas desconocidas o con personas que estén haciendo reparaciones u algún otro trabajo eventual en casa.
- No dejar a los niños y niñas que salgan solos a la calle de noche, ni enviar a comprar.
- Cuidar que haya un adulto responsable y de confianza cuando los niños y niñas jueguen en parques.
- En el hogar, separar los dormitorios de los niños y adultos, y de niñas y niños. Si no es posible, tratar de tener el máximo de camas separado por ocupantes por sexo y edades.
- Conocer a las amistades y sus familiares del niño o la niña.

58 Ver teléfonos en "Cuadro de autoridades fiscalizadoras con dirección, horario de atención y teléfonos de contacto" (Dirección General de Movilización Nacional)

SEGURIDAD AL USAR INTERNET

Cada día la tecnología y la comunicación vía internet en más común, y son los niños y niñas quienes las aprenden a utilizar más rápidamente, es por ello que los padres y cuidadores deben supervisar y entregar herramientas a sus hijos e hijas para que puedan navegar por internet de manera segura, dentro de las indicaciones que se pueden entregan se destacan [138]:

- Conocer los sitios web y aplicaciones telefónicas que utilice el niño o la niña, especialmente aquellos donde pueden exponer información personal.
- Conocer a las personas con las que se vincula el niño o niña por medio de internet, asegurarse que no sean desconocidos, aunque aparenten ser niños o niñas, dado que muchas veces hay personas adultas que simulan serlo para acercarse y obtener información o fotografías de ellos o ellas.
- Indicar que internet es una gran herramienta, pero que debe ser usada de manera segura, por lo tanto se debe enseñar al escolar que mantenga oculta su información personal y no aceptar a personas que no conozcan en redes sociales.
- Advertir sobre la presencia de páginas engañosas que llevan a contenidos inapropiados o riesgosos.
- Evitar publicar fotos de ellos o los amigos online o en chats, sacarse fotos sexualmente explícitas.
- Enseñar que toda información publicada online puede ser vista, adulterada y utilizada eventualmente por cualquiera.
- Si alguna vez desea conocer a algún amigo o amiga virtual, siempre debe ser acompañado por un adulto.
- Enseñar a los niños y las niñas que si experimentan alguna situación indeseada en Internet o en otras redes sociales deben comunicarlo a sus padres o cuidadores, sin importar la información que hayan compartido.
- En caso de que el niño o la niña se vea en problemas dado al uso indebido de las redes sociales: evitar sancionar por comunicar problemas, proteger al niño o niña, reforzar la conducta de informar a los padres.

SEGURIDAD CON ANIMALES

Las mascotas son importantes en las familias, siempre producen curiosidad niños y niñas y además permiten que éstos desarrollen el sentido de responsabilidad, cuidado y cariño hacia otro. Es importante que los padres y cuidadores tomen ciertas precauciones respecto al acercamiento de niños y niñas a animales, sobre todo a aquellos que no son de la familia. Dentro de las recomendaciones que se pueden hacer, se encuentran:

- Como mascota, considerar siempre animales caseros, ya que existen animales exóticos que pueden ser portadores de enfermedades para el ser humano. Además es importante considerar las características de la vivienda, espacio, saneamiento y enfermedades crónicas de niños y niña (Ej: Asma, alergía a polen o vello animal).
- Enseñarle al niño o niña a no acercarse a los animales en la calle o cuando están comiendo, evitando crear el miedo ya que esto atrae al animal.
- Enseñarle las señales de un animal agresivo (cola recta, mirada fija, rugidos entre otros).
- Evitar dejar jugar a los niños o niñas sin compañía de un adulto responsable en parques, patios o lugares abiertos con animales “no conocidos”.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

El paro cardiorrespiratorio (PCR) es la vía final común de una serie de condiciones y enfermedades graves. El paro cardíaco por causa primaria es infrecuente en la población pediátrica, observándose este tipo de paro casi exclusivamente en niños con cardiopatía congénita. Las causas que con mayor frecuencia provocan PCR en el niño está dada por enfermedades que producen insuficiencia respiratoria o circulatoria que progresa a la falla cardiorrespiratoria, produciendo hipoxia grave que conduce al paro cardíaco

sin pulso. Entre éstas hay que destacar: Insuficiencia respiratoria aguda (IRA), asfixia por inmersión o bronconeumonías, síndrome de muerte súbita, TEC, politrauma con compromiso de vía aérea, primario o secundario, sofocación por cuerpo extraño, inhalación de gases tóxicos etc [139] [140].

Pese a los adelantos y nuevos consensos en el tratamiento del paro cardiorrespiratorio, el pronóstico vital del evento ocurrido fuera del hospital continúa siendo muy bajo, no más allá de un 10% de sobrevida y la mayoría de estos pacientes tendrán secuelas neurológicas. El pronóstico puede mejorar, hasta un 50% de sobrevida, si el paro es sólo respiratorio y se practica reanimación básica rápida [139] [140].

La reanimación cardiopulmonar, tanto básica como avanzada, forma parte de la respuesta a las situaciones de emergencia que conducen al paro cardiorrespiratorio. Esta cadena de respuesta es conocida como la cadena de supervivencia, en donde cada uno de los eslabones es importante e indispensable para un buen resultado final. Debido a lo anterior es que el primer eslabón de la cadena de supervivencia, la prevención, cobra cada vez más importancia en el manejo actual del paro cardiorrespiratorio, por lo que todo responsable de un sistema de salud debe fomentar y favorecer la educación, que parte en los pacientes pediátricos desde la educación en hacer dormir de lado o espalda en los menores de 1 año, así como examinar cuidadosamente los juguetes que se les proporcionan, evitando partes pequeñas que puedan ser aspiradas por la vía aérea. También debe enfatizarse la prevención de traumatismos y accidentes con las siguientes medidas [139] [140]:

- Uso de cascos de protección durante la práctica de bicicleta
- Uso de asientos de seguridad para automóviles
- Uso de rejas de al menos 1,5 metros de altura con puerta con llave alrededor de una piscina

La cadena de supervivencia incluye la detección precoz del problema, la solicitud de ayuda a los servicios médicos de emergencia, el inicio precoz del soporte vital básico y avanzado, este último incluye el traslado y la hospitalización en la unidad médica requerida.

Es deseable que todos los padres, madres y/o cuidadores conozcan las herramientas básicas de reanimación cardiopulmonar y números de emergencia en caso de que un niños o niña presente un paro cardiaco. Indicar a los padres, madres y/o cuidadores que ante un niño o niña **inconsciente** debe seguir los siguientes pasos [141] [142]:

A. Si sospecha que existe asociado algún trauma debe inmovilizarse completamente la columna cervical y evitarse la extensión, flexión y rotación del cuello. Si es necesario movilizar y/o trasladar al niño o la niña, la cabeza y el cuerpo deben ser sostenidos firmemente y movidos como un bloque, de manera que la cabeza no caiga, ni rote, ni oscile.
B. Determinar si el niño o la niña respira o no, ya que el manejo adecuado precoz de la vía aérea y la ventilación son determinantes en la sobrevida, para ello se debe:
   – Observar si el tórax y abdomen ascienden y desciende.
   – Colocar la oreja sobre la boca del paciente para escuchar y sentir el aire exhalado en cada respiración.
C. Luego se debe observar la presencia o ausencia de pulsos en las grandes arterias, para lo cual se busca en la arteria carótida en niños y niñas mayores de 1 año y la arteria braquial o femoral en los menores de 1 año.
D. Si hay pulso pero no respira espontáneamente, debe ventilarse a una frecuencia aproximada de 20 por minuto. Si no hay pulsos palpables realizar compresión torácica coordinada con la respiración, a un ritmo de cinco compresiones por una ventilación durante un minuto y luego activar la alarma.
E. Maniobra de ventilación y compresión según edad del niños o la niña [139] [139] [140] [141] [142]:

E.1. Menores de 1 año:

1. Posición: Poner al bebé de espalda sobre una superficie dura y plana, como una mesa o el suelo, en posición supina.

2. Despejar la vía aérea: Abrir la vía aérea movilizando la cabeza del bebé suavemente hacia atrás, elevando la mandíbula inferior y dejando la via aérea en posición neutra o suavemente extendida. Para lograr esto se debe colocar una mano en la región parietofrontal de la cabeza (parte de arriba de la cabeza) y los dedos índice y medio de la otra mano se colocan sobre el maxilar inferior (barbilla) llevándolo hacia arriba y afuera.
3. Mirar que en la tráquea del bebé no haya comida u objetos que la obstruyan. En caso de que hubiera algo se debe extraer con el dedo pequeño.
4. Ventilación: con la cabeza del bebé hacia a atrás, poner los labios en "O" de modo de que la boca cubra la nariz y la boca del bebé, soplar una bocanada de aire de modo de que el pecho del bebé se levante. Retirar la boca, tomar aire, esperar que el pecho del bebé descienda nuevamente y volver a repetir una vez que el bebé haya expulsado el aire. Realizar este procedimiento 2 veces.
5. Compresiones: La posición del corazón en el niño es más baja y la mejor zona de compresión es la mitad inferior del esternón. En el lactante, comprimir con dos dedos (medio y anular), un dedo por debajo de una línea imaginaria intermamilar, con una profundidad de un tercio a la mitad de la profundidad del tórax con una frecuencia de 100 por minuto. Mientras se realizan las compresiones se debe mantener la otra mano en la cabeza del bebé manteniendo abierta la vía aérea.

E.2 Niños y niñas entre 1 año a 8 años:

1. Repetir las pasos 1 y 2 del "Menores de 1 año"
2. Ventilación: con la cabeza del niño o la niña hacia a atrás, poner los labios en "O" de modo de que la boca tape por completo la boca del niño o niña, tapar los orificios nasales presionando ambos lados de la nariz y soplar una bocanada de aire de modo de que el pecho del niño o la niña se elevante. Retirar la boca, tomar aire, esperar que el pecho descienda nuevamente y volver a repetir una vez más. Realizar este procedimiento veces.
6. Compresiones: Se debe comprimir también en la mitad inferior del esternón, utilizando el talón de la mano hasta una profundidad de la mitad a un tercio de la profundidad del tórax con una frecuencia de 100 por min. Mientras se realizan las compresiones se debe mantener la otra mano en la cabeza del niño o la niña manteniendo abierta la vía aérea.

E.3. Niño o la niña es mayor de 8 años

El procedimiento es similar al definio para los niños y niñas de 1 a 8 años, la única variación es respecto a la técnica de compresión, donde se utilizan ambas manos, una sobre la otra (técnica para adultos). La mano que está arriba entrelaza los dedos con la que está abajo, el único punto de contacto con el pecho es el talón de la mano de abajo.

Para mayor información sobre resucitación avanzada, consultar Cuaderno de Redes Nº7, Manual clínico para servicios de atención primaria de urgencia.

PAUTA DE SEGURIDAD EN EL INFANTIL

La pauta de riesgos del infantil tiene como objetivo determinar a priori factores de riesgo de accidentes de niños y niñas [144] [145], esta pauta se entrega a los padres y/o cuidadores en el control de salud infantil de los 6 meses para que la respondan en el hogar y la traigan en el control de los 8 meses. Dentro del control el profesional debe revisar la pauta junto con la madre, padre o cuidador y evaluar en conjunto los cambios necesarios de realizar en cada caso para disminuir riesgos lo más posible, considerando el contexto socioeconómico de la familia.

En familias con gran cantidad de factores de riesgo de accidentes infantiles y que sea difícil elaborar un plan de mejoramiento a distancia (desde el box), puede generarse una visita domiciliaria para evaluar los factores de riesgo en terreno y generar un plan de trabajo activando las redes comunales Chile Crece Contigo si fuera necesario.

6. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL FRECUENTES EN LA INFANCIA

Uno de los desafíos fundamentales para la presente década es trabajar por la inclusión y transversalización de la salud mental en las políticas, planes y programas ministeriales, tanto a nivel del sector salud como a nivel intersectorial. Este desafío se sustenta en la compresión de la salud, como un estado de bienestar integral, constituido por la intrínseca interdependencia de factores físicos, biológicos, mentales, emocionales y sociales.

El presente documento ha hecho un trabajo consciente para que todas las recomendaciones promocionales y preventivas de salud mental sean parte de cada control de salud y no fragmentar la salud mental a un capítulo separado.

Sin perjuicio de lo anterior, sabemos que en Chile hoy la salud mental infantil es un tema de creciente frecuencia, que implica costos personales, familiares y sociales. [140] Es de primera importancia que los equipos que realizan la supervisión de salud puedan manejar algunos criterios de sospecha diagnóstica y herramientas de intervención ante problemas de salud mental infantil frecuentes en nuestra población

A continuación se presenta la descripción, sospecha y manejo de los problemas de salud mental más frecuentes en la infancia.

BULLYING O MATONAJE

El Bullying es una conducta sistemática de agresión física y/o psicológica, que infringe un alumno un grupo de ellos hacia otro, en una relación asimétrica de poder, en donde el o los agresor(es) busca(n) causar sufrimiento y/o control en el otro [141]. Dicha asimetría puede producirse por superioridad física o social, por popularidad y tipo de contacto [142].

Se expresa de manera diferente según la edad, género y cultura y puede ser de distintos tipos:

- Físico: golpes, zancadillas, empujar o dañar las pertenencias de alguien.
- Verbal: insultos, amenazas, sobrenombres, bromas.
- Social: mentira, difusión de rumores, bromas desagradables, imitar y deliberadamente excluir a alguien.
- Acoso psicológico: amenaza, la manipulación y espiar.
- Cibernético: intimidar verbal, social o psicológicamente por correo electrónico, móvil teléfonos, salas de chat, sitios de redes sociales.

Banderas rojas: A ser observadas por profesores y equipo de salud

- Rechazo a la escuela o evitación a ir.
- Rasguños y moretones inexplicados.
- Trastornos del sueño.
- Aislamiento social.
- Cambio conductual en el hogar, como irritabilidad y labilidad emocional aumentada, aparentemente sin causa.
- Signos de tristeza, llanto o tensión antes o después de ir a la escuela.
- Dolores de cabeza, abdominal o vómitos antes de ir al colegio.
- Miedo de caminar a la escuela.
- Ausentismo escolar injustificado.
- Baja importante en el rendimiento escolar.
- Pérdida o daño de pertenencias.
- Negarse a conversar lo que sucede en la escuela

Preguntas exploratorias

¿Alguna vez te has sentido solo en la escuela?
¿Qué haces a la hora de almuerzo, con quién te juntas, de qué hablan?
¿Los niños cada vez que te llaman, lo hacen por sobrenombres, o se burlan de ti?
¿Alguna vez has sido molestado?
¿Hay alguien en la escuela que no te guste?
¿Alguna vez no has querido ir a la escuela por miedo a ser molestado?
¿Alguna vez algún niño o niña te ha golpeando, empujando u otras cosas por el estilo?

Recomendaciones

- Transmitir al niño o niña que está siendo intimidado, que ha demostrado una gran valentía en aguantar a los (las) compañeros(as) que lo (la) molestan o agreden, pero que de ahora en adelante ya no tiene que enfrentarlos solo(a). Todos los estudiantes tienen el derecho legal de aprender en un ambiente seguro.
- Evaluar la gravedad y los efectos que ha generado la intimidación sufrida por el niño o la niña.
- Alentar al niño o niña a contarle a sus padres que está siendo intimidado y/o agredido.
- Informar de la situación a funcionarios de la escuela, como profesores y orientadores, con el objeto de definir estrategias en el contexto escolar, destinadas a mejorar el clima y las normas de comportamiento existentes. Se debe abogar por que se cumpla el derecho que tiene todo niño y niña de aprender en un ambiente seguro.
- Si se observan alteraciones en el estado emocional y/o problemas conductuales en el niño o niña que está siendo víctima de bulling, derivación a la red de salud mental de la comuna.

Recomendaciones entregar a los padres del niño o la niña que está siendo víctima de bullying:

Deben √	NO se debe hacer x
- Escuchar con atención al niño o la niña. Preguntar sobre quién estuvo involucrado y qué sucedió. - Empatizar y reforzar que se está orgulloso porque el niño o niña haya podido hablar y compartir su problema. - Asegurar al niño o niña que se le ayudará en todo lo que sea necesario para resolver el problema.	- Decirle al niño o la niña que ignore el bullying, ya que a menudo permite más bullying y su impacto puede ser aún más grave. - Culpar al niño o la niña por dejarse amedrentar o asumir que hace algo para provocarlo el bullying. - Alentar y sugerir al niño o la niña que tome represalias en contra de quienes lo intimidan. - Criticar la manera en que el niño o la niña aborda el bullying. - Ponerse en contacto con el agresor o los padres de él.

MALTRATO INFANTIL

El maltrato Infantil constituye una forma de abuso de poder ejercido en el contexto de las relaciones de dependencia, que se dan en la familia (por madre, padre y/o cuidador principal) o en las instituciones sociales, a través de actos de violencia física, sexual o emocional [54].

Existen distintos tipos de maltrato infantil: Maltrato físico, psicológico, abandono o negligencia y abuso sexual, este último lo abordaremos en el siguiente apartado. Por los tres primeros se entiende [54]:

- Maltrato físico: es cualquier acción que provoque daño físico o sea causal de enfermedad, puede ir desde una contusión leve hasta una lesión mortal.
- Maltrato psicológico: es la hostilidad y/u hostigamiento habitual hacia el niño o niña, por medio de insultos, burlas, ridiculizaciones, desprecios, indiferencia, rechazo implícito o explicito hacia el niño o la niña, amenaza de abandono o constante bloqueo de las iniciativas e interacciones infantiles. El ser testigo de violencia entre la madre y/o padre es otra forma frecuente de abuso psicológico.
- Negligencia y abandono: falta de protección y cuidado mínimo hacia el niño o niña, por parte de quien(es) deben ampararlo(a), es decir, la madre, padre, cuidador(a) y/o instituciones sociales responsables del niño o niña. Existe negligencia cuando no se atiende ni da satisfacción a necesidades básicas, sean estas físicas, sociales, afectivas, psicológicas e intelectuales.

Algunos factores que hacen más propenso al niño o la niña a sufrir maltrato son:

- Existencia de agresión física entre los padres.
- Consumo excesivo de alcohol en la familia.
- La violencia psicológica es mayor en establecimientos particulares pagados.
- La violencia física grave es mayor en colegios particulares subvencionados.

Banderas Rojas, según tipo:

Maltrato Físico

Signos físicos

- Lesiones localizadas en zonas poco habituales, que son no previsibles para niños y niñas a esa edad.
- Dentro de las lesiones en cabeza y rostro se encuentran: erosiones, equimosis y hematomas en el rostro, edema en labios y cara, perforación de tímpano, desviación del tabique nasal, arrancamiento del cuero cabelludo, traumatismos o pérdida de piezas dentarias, fracturas de cráneo o mandíbula.
- A nivel del cuerpo se encuentran: quemaduras (de cigarrillos, con objetos calientes o por inmersión en líquidos calientes), fracturas, abdomen aumentado de volumen, dolor localizado, vómitos constantes, lesiones en zonas extensas del dorso, nalgas o muslos, señales de mordeduras humanas, cortes, pinchazos con objetos punzantes, marcas de estrangulamiento o de ataduras de las extremidades.
- Pueden observarse cicatrices, deformidades óseas, secuelas neurológicas o sensoriales, que pueden dar cuenta de maltrato infantil de larga data.

Comportamiento del niño o niña

- Cautela ante contacto físico con adultos.
- Aprensividad cuando otros niños y niñas lloran.
- Conductas extremas (agresividad/rechazo).
- Miedo aparente a sus padres o a volver a casa.
- Informa que su madre o padre le ha causado alguna lesión.
- Agitación o excitación.
- Trastornos del sueño o de alimentación.

Conducta del o los cuidadores

- El relato no concuerda con la intensidad o características de las lesiones observadas.
- Sus historias son cambiantes, inconsistentes o entran contradicciones con el relato del niño o la niña.
- Intenta ocultar la lesión, niega lo que el niño o la niña cuenta.
- Utiliza medios disciplinarios rígidos y severos, amenaza al niño o niña con lo ocurrirá al llegar a la casa, se descontrola fácilmente ante comportamiento del niño o la niña.
- Consume alcohol y/o drogas.

Maltrato Psicológico

Signos físicos

- Retraso en el desarrollo físico.
- Trastornos de las funciones relacionadas con la alimentación, sueño y regulación de los esfínteres.

Comportamiento del niño o niña

- Parece excesivamente complaciente, pasivo(a) o bien agresivo, muy exigente o rabioso.
- Muestra conductas extremadamente adaptativas demasiado infantiles.
- Intentos de suicidio
- Extrema falta de confianza en sí mismo(a)
- Exagerada necesidad de ganar o sobresalir
- Excesiva demanda de atención.
- Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.

Conducta del o los cuidadores

- Educación intimidadora, generan miedo intenso en el niño o niña.
- Transmite(n) valoración negativa, desprecio, humillaciones y críticas al niño o niña.
- Alejan al niño o niña de tener relaciones sociales normales.
- Muestra(n) desinterés por el niño, son fríos, rechazadores y niegan cariño.
- Tiene(n) sobre expectativas del niño o la niña y lo(la) castigan por no lograrlas.
- Puede(n) no poner ningún tipo de límites.

Negligencia y Abandono

Signos físicos

- Se observa descuido en su aseo del niño o la niña.
- Sufre repetidos accidentes domésticos.
- Presenta necesidades médicas no atendidas.
- Se observan tardanza en consultas de morbilidad.
- Hay inasistencia a controles de salud
- Los tratamientos médicos del niño o niña son interrumpidos o abandonados.
- El niño o niña muestra signos de desnutrición.

Comportamiento del niño o niña

- Inasistencias recurrentes en la escuela.
- Se suele quedar dormido(a) en clases.
- Muestra cansancio o apatía permanente.
- Pasa mucho tiempo en la escuela y/o señala pasar largos períodos sólo en casa.
- Señala que no hay nadie que lo cuide.
- Se observan conductas de vagancia y mendicidad.

Conducta del o los cuidadores

- Abusa(n) de drogas y alcohol
- Vida caótica en el hogar.
- Muestra(n) evidencia de apatía o inutilidad.

- Presenta(n) enfermedad mental o bajo nivel intelectual.
- Presencia de enfermedad crónica.
- Fue (ron) objeto de negligencias en la infancia.
- No asiste a reuniones en la escucha.
- Desconoce dónde está su hijo(a).
- Falta de interés por su hijo(a)

Recomendaciones

- Tener presente el interés superior del niño o niña, es decir garantizar su desarrollo integral y vida digna.
- Se recomienda tener en consideración en la entrevista con el niño o la niña no culparlo por lo sucedido, no poner en duda y mostrar interés en su relato, no interrumpirlo ni presionarlo, desnaturalizar el maltrato en todas sus formas, entrevista en un lugar que tenga privacidad, generar un clima de acogida y confianza, tener actitud de confidencialidad. Valorar la decisión de hablar de lo sucedido, agradecer la confianza y darle seguridad.
- En una primera etapa se debe confirmar la situación de maltrato, a partir de la información entregada por la madre, padre, familiar, cuidadores(as) u otra persona que tiene relación con el niño o la niña. Para ello realizar preguntas claras y directas, en forma no acusatoria, sin emitir juicios, explicitar la disposición del profesional o técnico de salud para brindar apoyo a la familia, resguardar la privacidad, entrevistar al niño o la niña sin la presencia de los familiares o acompañantes.
- Evaluar la magnitud del daño, evitando que la niña o niño sea expuesta a interrogatorios emocionalmente dañinos o a la repetición de exámenes clínicos.
- Evaluar factores de vulnerabilidad infantil, por ejemplo edad del niño o niña, acceso del perpetrador de maltrato hacia él o ella, capacidad del niño o niña para protegerse, características comportamentales del niño o niña, salud mental y estado cognitivo del niño(a).
- Evaluar características del cuidador, tales como su capacidad física, intelectual y emocional, habilidades parentales y expectativas sobre su hijo o hija, métodos disciplinarios, consumo de alcohol y drogas, historia de conductas violentas, antisocial o delictiva, historia personal de maltrato o abandono e interacción entre el cuidador y el niño o niña
- Evaluar la funcionalidad/disfuncionalidad de la dinámica familiar.
- Evaluar el soporte social y redes de apoyo informales de la familia.
- Evaluar posible nivel de respuesta ante la intervención: conciencia de problema y motivación al cambio.
- En caso de existir sospecha de maltrato psicológico y/o físico leves, se recomienda derivar a consulta de salud mental y activar la red local de prevención y atención de maltrato y/o, SENAME Regional, Oficinas de Protección de Derechos de SENAME, Centros Regionales de Atención de VIF, entre otros.
- En caso de existir sospecha fundada o confirmarse un maltrato grave, que comprometa la vida e integridad física del niño o niña, se debe hospitalizar de inmediato y denunciar los hechos a las Policías y/o al Ministerio Público o ante Tribunales de Garantía.

ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual a niños o niñas es una forma de maltrato infantil, este ocurre como parte de un proceso en el que una persona, al menos 3 años mayor, ejerce poder sobre un niño o niña menor de 15 años, de manera asimétrica, mediante manipulación psicológica, chantaje, engaño, fuerza o basándose en un vínculo de dependencia [54]. Las actividades sexuales involucradas en el abuso sexual infantil se pueden consistir en:

- Contacto físico sexual en forma de penetración vaginal, oral o anal, utilizando para ello cualquier parte del cuerpo del abusador, algún objeto o animal.
- El tocamiento intencionado de los genitales o partes íntimas, incluyendo los pechos, área genital, parte interna de los mismos o nalgas, o las ropas que cubren estas partes, por parte del perpetrador hacia el niño, niño o adolescente.

- Alentar, forzar o permitir al niño, niña o adolescente que toque de manera inapropiada las mismas partes del perpetrador.
- Exponer los órganos sexuales a un niño, niña o adolescente con el propósito de obtener excitación/gratificación sexual, agresión, degradación o propósitos similares.
- Realizar el acto sexual intencionadamente en la presencia de un menor de edad con el objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, agresión, degradación u otros propósitos semejantes.
- Auto-masturbación en la presencia de un niño, niña o adolescente.
- Forzar a la pornografía.

Algunos factores que hacen más propenso al niño o la niña a sufrir abuso sexual son:

- Que el niño o niña presente necesidades especiales, particularmente por discapacidad intelectual.
- Que el niño o la niña tenga antecedentes de haber sido víctima de abuso sexual o maltrato físico.
- Que se observe desamparo afectivo en el niño o la niña, producido por el rechazo o ausencia de los padres.
- Que el niño o la niña sea víctima de prácticas de crianza que conllevan a desamparo afectivo (padres ausentes, relaciones conflictivas, uso de castigo físico y violencia intrafamiliar, que reciba cuidados negligentes).
- Que el niño o la niña sea o haya sido víctima de situaciones de vulneración grave de derechos.
- En términos de género, las niñas poseen entre dos a tres veces mayor riesgo de sufrir abuso sexual que los niños.
- Que el niño o la niña viva en contextos de promiscuidad, asilamiento social, desprotección emocional.

Dentro de las conductas específicas para sospechar de abuso sexual infantil se encuentra el relato de abuso sexual explícito, conocimiento inapropiado del comportamiento sexual adulto, masturbación compulsiva, curiosidad sexual excesiva. Dentro de los signos y síntomas específicos de abuso sexual se encuentran lesiones o evidencias de abuso en el área genital, fisuras y laceraciones rectales, infecciones de trasmisión sexual y/o embarazo infantil.

Banderas rojas: A ser observadas por profesores y equipo de salud

- Que el niño o la niña presente lesiones anales o vaginales.
- Existencia de embarazo no deseado.
- Que el niño o la niña tenga infecciones de transmisión sexual. (Gonorrea, clamidia, tricomoniasis, sífilis, VIH / SIDA y hepatitis B, cuadros clínicos de vulvitis, vaginitis, cervicitis, uretritis, vaginosis, bacteriana, verrugas genitales, proceso inflamatorio pelviano, infertilidad, embarazo ectópico).
- En la etapa preescolar (0 a 6 años aproximadamente), los síntomas más comunes son la ansiedad, pesadillas, inhibición, retraimiento, temores diversos, agresividad, descontrol y las conductas sexuales inapropiadas y trastornos somáticos como la enuresis.
- En la etapa escolar (7 a 12 años de edad aproximadamente), los síntomas más sobresalientes son el miedo, agresividad, pesadillas, problemas escolares, hiperactividad y conducta regresiva. En esta etapa son más frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza frente al abuso.

Recomendaciones

- La exploración de la sospecha de abuso sexual deberá ser respetuosa y prudente, el examen físico debe ser realizado evitando generar daños físicos o emocionales adicionales al niño o niña, como la victimización secundaria. Si es que el niño o niña se encuentra con su tutor es posible realizar un examen genitoanal, de lo contrario no se podrá desvestir al niño o la niña. Se recomienda explicar al niño o niña el procedimiento, previamente a su realización.

- Indagar sobre indicadores psicológicos, conductuales y psicosomáticos.
- Si no hay hallazgos, dar indicaciones de observación de conductas y citar a seguimiento en control en dos semanas.
- Si hay hallazgos positivos del examen físico o de la zona ano genital, (con o sin indicadores psicológicos, conductuales y psicosomáticos), indagar y evaluar con mayor profundidad con el adulto acompañante, entrevistar y gatillar una primera respuesta si es necesario.
- Si no hay hallazgos del examen físico, pero sí hay indicadores psicológicos, conductuales y psicosomáticos, proceder con mayor indagación y seguimiento.
- Evaluar si el abusador pertenece a la familia o no, y si este vive en la casa con el niño o la niña, si recurrentemente se encuentra a solas con el niño o la niña.
- Se recomienda evaluar conciencia de problema del adulto acompañante o “no abusador” de la situación y cómo es la relación de esta persona con el abusador.
- Dependiendo del riesgo del caso de que el niño o la niña de ser víctima nuevamente abuso sexual u otra vulneración grave, el equipo deberá gestionar la denuncia con Carabineros, PDI o Ministerio Público.
- En caso que no haya sido denunciada la situación pero el niño o la niña presente poco riesgo de ser víctima nuevamente abuso sexual, se recomienda derivar asistidamente a psiquiatra o psicólogo según disponibilidad local.
- Se deben solicitar exámenes para descartar enfermedades de trasmisión sexual o embarazo y asegurarse de que el niño o la niña cuente con seguimiento e intervenciones prioritarios.
- Dentro de las acciones sugeridas como primera respuesta se encuentran:
  - **Acciones de protección,** destinadas a dar seguridad al niño o niña, dentro de las cuales se encuentran identificar al adulto protector, establecer estrategias para la protección de la víctima con el adulto protector, establecer medidas de protección con el niño o niña, establecer contacto con las redes para desarrollar una estrategia de intervención-protección del niño o niña (disminuyendo la victimización secundaria), solicitar medidas de protección a la justicia.
  - **Intervención familiar.** Es importante distinguir si el abuso es intra o extrafamiliar. Contención y orientación sobre los posibles pasos a seguir.
  - **Derivación asistida** a especialista, tanto para el tratamiento como para completar estudio. Seguimiento de la derivación.
  - **Denunciar** a las policías (Carabineros de Chile y Policía de Investigaciones de Chile) y/o tribunales competentes.
  - En caso de confirmarse y haber sido detenida la situación de abuso derivar a una atención de salud mental especializada, en concordancia con el proceso judicial que se esté llevando a cabo y - Activar la red local de prevención y atención de maltrato, SENAME Regional, Oficinas de Protección de Derechos de SENAME, Centros Regionales de Atención de VIF, entre otros.

TRASTORNO HIPERCINÉTICO O TRASTORNO DE LA ATENCIÓN (THA)

El Trastorno Hipercinético o Trastorno de la Atención (THA) constituye un cuadro clínico que se identifica cuando se presentan déficit de la atención, hiperactividad o impulsividad, en forma persistente, y en más de uno de los ambientes de vida del niño, niña o adolescente [143].

Estos trastornos tienen un comienzo temprano, por lo general, durante los cinco primeros años de la vida y no posterior a los siete. Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención. Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja autoestima. Hay un considerable solapamiento entre la hipercinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende

a distinguir un grupo en el cual la hipercinesia es el problema principal [143].

Banderas rojas o síntomas

De acuerdo a los criterios diagnósticos para Trastorno Hipercinético de la Atención CIE-10, los síntomas a observar son los siguientes [144]:

Déficit de la atención

- Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
- Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
- A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
- Frecuente muestra incapacidad para completar las tareas escolares asignadas u otras actividades que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
- Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido.
- A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
- Se distrae fácilmente por estímulos externos.
- Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad

- Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento.
- Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
- Es por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
- Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad

- Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
- A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
- A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás, por ejemplo irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros.
- Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las normativas sociales.

Recomendaciones

- Es importante identificar si los síntomas descritos se observan en más de un contexto, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio u otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica. Por lo tanto, la evidencia del cuadro requiere ser suministrada por varias fuentes.
- Se recomienda la aplicación del test de Conners abreviado para padres y profesores, como herramienta de tamizaje.
- Una vez detectado el caso a través del test de Conners abreviado alterado, como de la identificación de síntomas y la presencia de estos en distintos ambientes, derivar a consulta médica para confirmación diagnóstica y posterior diagnóstico y tratamiento integral, de acuerdo a Guía de Práctica Clínica de Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hipercinético/Trastorno de la Atención (THA).
- Realizar seguimiento de que derivación haya llegado a curso.

TRASTORNO DISOCIAL DESAFIANTE Y OPOSICIONISTA

Trastorno disocial que es característico de niños y niñas con edades por debajo de los 9 o 10 años. Viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás. Un comportamiento malicioso o travieso grave no es en sí mismo suficiente para el diagnóstico.

Se debe utilizar esta categoría con cautela, sobre todo con los niños o las niñas de mayor edad. Los trastornos disociales clínicamente significativos en niños y niñas mayores suelen acompañarse de un comportamiento disocial o agresivo que van más allá del desafío, la desobediencia o la subversión, aunque con frecuencia suele precederse de un trastorno disocial oposicionista en edades más tempranas.

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás, tales como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción. La presencia definitiva de cualquiera de estas formas de comportamiento excluye el diagnóstico.

Banderas rojas o síntomas

De acuerdo a los criterios diagnósticos para el Trastorno Disocial Desafiante y Oposicionista CIE-10 los síntomas a observar son los siguientes [144]:

- Comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocador y subversivo, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural.
- Tendencia a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas.
- Tendencia a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que les culpan por sus propios errores o dificultades.
- Baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente.
- Desafíos en forma de provocaciones que dan lugar a enfrentamientos.
- Niveles excesivos de grosería, falta de colaboración, resistencia a la autoridad.
- Este tipo de comportamiento suele ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien y los síntomas del trastorno pueden no ponerse de manifiesto durante una entrevista clínica.

Recomendaciones

Si bien es importante realizar la confirmación diagnóstica de este trastorno, los padres necesitan apoyo y comprensión, algunas de las recomendaciones para puedan ayudar a su hijo o hijason [145]:

- Siempre construir sobre lo positivo, dar refuerzo cuando muestra flexibilidad o cooperación.
- Tome un tiempo de espera si está a punto de hacer que el conflicto con su hijo empeore. Este es un buen modelo para su hijo. Apoye a su hijo si decide tomarse un tiempo de espera para evitar exaltarse.
- Establezca límites razonables y apropiados de edad, con consecuencias que pueden ser aplicadas consistentemente.
- Mantenga otros intereses aparte del cuidado de su niño, de manera que no le tome todo su tiempo y energía. Trate de obtener el apoyo de los otros adultos (profesores, entrenadores y cónyuge).
- Maneje su propio estrés con opciones de vida saludables como el ejercicio y la relajación.
- En caso de pesquisar un Trastorno Desafiante y Oposicionista, derivar a consulta de salud mental para su confirmación.
- Realizar seguimiento de que derivación haya llegado a curso.

TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN EN LA INFANCIA

Es habitual que los niños y niñas experimenten ansiedad de separación durante la infancia, particularmente ante la partida de la madre, padre u otra figura significativa; no obstante adopta el carácter de trastorno cuando es excesiva, siendo su grado o gravedad estadísticamente anormal, su persistencia va más allá de la edad habitual y está asociada a problemas significativos del funcionamiento social. Aparece por primera vez en los primeros años de la infancia.

Banderas rojas o síntomas

- De acuerdo a los criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad de Separación en la Infancia CIE-10, los síntomas a observar son los siguientes [144]:
- Preocupación injustificada y persistente por posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas, temor a su pérdida o miedo a la muerte de las mismas.
- Preocupación injustificada y persistente a que un acontecimiento fatal le separe de una persona significativa.
- Desagrado o rechazo persistente a ir al colegio por el temor a la separación.
- Desagrado o rechazo persistente a irse a la cama sin compañía o cercanía de alguna persona significativa.
- Temor inadecuado y persistente a estar solo, o sin la persona significativa, durante el día.
- Pesadillas reiteradas sobre la separación.
- Síntomas somáticos reiterados en situaciones que implican la separación de una persona significativa (tales como náuseas, gastralgias, cefaleas o vómitos).
- Malestar excesivo y recurrente en anticipación, durante o inmediatamente después de la separación de una figura de vínculo (ansiedad, llantos, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social).

Recomendaciones

- En caso de sospecha de Ansiedad de Separación, derivar a consulta de salud mental para confirmación diagnóstica.
- Realizar seguimiento de derivación, para resguardar que haya tomado curso.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DE LA INFANCIA

El Trastorno de Ansiedad Generalizada se caracteriza porque el niño o la niña tiene una excesiva preocupación o ansiedad ante diversas situaciones de la vida diaria o actividades habituales, por ejemplo por las evaluaciones escolares, relaciones con los compañeros y profesores, por sufrir una accidente, separase de los padres, etc. No existe correspondencia entre los focos de ansiedad y la intensidad de ésta.

Banderas rojas o síntomas

De acuerdo a los criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada de la Infancia CIE-10, los síntomas a observar son los siguientes [144]:

- El niño o la niña presenta una marcada ansiedad y preocupación, referida a varios acontecimientos o actividades.
- El niño o la niña encuentra difícil controlar las preocupaciones.
- Se observan en el niño o niña síntomas tales como: inquietud y sentimientos de estar al “límite”, sensación de cansancio y agotamiento a causa de la preocupación o la ansiedad, dificultad para concentrarse o sensación de bloqueo mental, irritabilidad, tensión muscular y/o alteraciones del sueño debidas a la preocupación o ansiedad.
- La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan un malestar clínicamente significativo o una alteración de la vida social o de otras áreas vitales importantes.

Recomendaciones

- En caso de sospecha de trastorno de ansiedad generalizada en la infancia, derivar a consulta de salud mental para confirmación diagnóstica.
- Realizar seguimiento de derivación para resguardar que haya tomado curso.

7. GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

El equipo de salud necesita conocer las garantías explícitas en salud (GES) que pueden beneficiar específicamente a la población infantil. A continuación, se presenta un cuadro resumen con ellas y el link para descargar la Guía clínica correspondiente.

PATOLOGÍAS DEL PREMATURO

Prestación Garantizada	Grupo beneficiario	Garantía ofrecida	Beneficios y Plazos máximos
Retinopatía del prematuro [59]	Prematuros menores de 1.500 gr de peso o 32 semanas de edad gestacional	Diagnóstico, tratamiento y seguimiento	- Acceso a confirmación diagnóstica dentro de 48 horas desde la sospecha - Tratamiento dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica - Seguimiento dentro de 30 días desde la indicación médica
Hipoacusia neurosensorial del prematuro [60]			- Examen auditivo previo al alta de neonatología (tamizaje) - Confirmación diagnóstica dentro de los tres meses de edad corregida ante tamizaje alterado - Audífono dentro de 3 meses desde la confirmación diagnóstica - Implante coclear dentro de 180 días desde la indicación médica - Primer control en 14 días desde la colocación de audífono o implante coclear
Displasia broncopulmonar del prematuro [61]			- Inicio del tratamiento en 24 horas, desde la confirmación diagnóstica - Primer control dentro de 14 días, desde el alta hospitalaria

59 Ver Guía Clínica "Retinopatía del prematuro" (MINSAL, 2010).
60 Ver Guía Clínica "Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro" (MINSAL, 2010).
61 Ver Guía Clínica "Displasia broncopulmonar del prematuro" (MINSAL, 2009).

ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y MALFORMACIONES

Prestación Garantizada	Grupo beneficiario	Garantía ofrecida	Beneficios y Plazos máximos
Cardiopatía congénita operable [62]	Menores de 15 años	Diagnóstico y tratamiento	- Diagnóstico (confirmacíon o descarte) con los siguientes plazos por edad: o A contar de las 20 semanas de gestación hasta el nacimiento: 30 días o Cero a siete días de vida: 48 horas o Siete días a dos años: 21 días o Dos a quince años: 180 días (6 meses) - Tratamiento: o En casos graves operables, ingreso a prestador resolutivo dentro de 48 horas desde estabilización. o En otras cardiopatías operables, tratamiento quirúrgico o procedimiento, según indicación médica. o Dentro del primer año post alta quirúrgica, acceso a control médico
Disrafias espinales [63]	Nacidos/as con sospecha de disrafia espinal	Diagnóstico, tratamiento y seguimiento	- Disrafias abiertas: o Diagnóstico en las primeras doce horas de vida o Tratamiento quirúrgico dentro de 72 horas post nacimiento o Instalación de válvulas derivativas dentro de los primeros 90 días de vida o Control con neurocirujano 15 días post alta o Rehabilitación dentro de 180 días desde indicación médica - Disrafias cerradas: o Consulta con neurocirujano dentro de 90 días para confirmación diagnóstica. o Cirugía dentro de 60 días luego de la confirmación diagnóstica. o Control con neurocirujano 15 días post alta.
Fisura labiopalatina [64]	Desde recién Nacidos/as hasta los 15 años de edad	Diagnóstico tratamiento	- Confirmación diagnóstica por Cirujano Infantil, Máxilo-facial o Plástico en un plazo máximo de 15 días desde la sospecha. - Ortopedia prequirúrgica dentro de 45 días posteriores al nacimiento - Cirugía primaria (primera y segunda intervención) dentro de 30 días desde indicación médica - Cirugía secundaria, dentro de 60 días desde indicación médica

62 Ver Guía Clínica "Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años" (MINSAL, 2010).
63 Ver Guía Clínica "Disrafias Espinales" (MINSAL, 2011).
64 Ver Guía Clínica "Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido" (MINSAL, 2009).

PATOLOGÍAS DEL RECIÉN NACIDO

Prestación Garantizada	Grupo beneficiario	Garantía ofrecida	Beneficios y Plazos máximos
Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido[65]	Recién nacidos	Diagnóstico y tratamiento	- Diagnóstico inmediato al momento de la sospecha - Tratamiento desde el momento del diagnóstico - Ingreso a prestador con capacidad de resolución integral dentro de 72 horas

SALUD ORAL

Prestación Garantizada	Grupo beneficiario	Garantía ofrecida	Beneficios y Plazos máximos
Salud Oral Integral[66]	Niños y niñas de seis años	Tratamiento	- Atención en 90 días desde la solicitud. - Alta cuando exista erupción de cuatro primeros molares definitivos.

ENFERMEDADES AGUDAS DE LA INFANCIA

Prestación Garantizada	Grupo beneficiario	Garantía ofrecida	Beneficios y Plazos máximos
Infección Respiratoria Aguda Baja de manejo ambulatorio[67]	Menores de cinco años	Tratamiento	- Tratamiento farmacológico dentro de 24 horas post diagnóstico. - Tratamiento kinesiológico dentro de 24 horas post indicación médica.

65 Ver Guía Clínica "Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido" (MINSAL, 2011).
66 Ver Guía Clínica "Salud oral integral para niños y niñas de 6 años" (MINSAL, 2013).
67 Ver Guía Clínica "Infección Respiratoria Aguda Baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años" (MINSAL, 2013).

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Prestación Garantizada	Grupo beneficiario y edad	Garantía ofrecida	Beneficios y Plazos máximos
VIH/SIDA [68]	Gestantes VIH+, hijos de gestantes VIH+	Diagnóstico y tratamiento	- Inicio de terapia antirretroviral antes de las 24 semanas de gestación (o cuando se realice el diagnóstico) - Tratamiento durante el parto (cuatro horas antes de la cesárea o durante el parto vaginal). - Tratamiento del recién nacido dentro de las 24 horas de nacido
Diabetes mellitus tipo I [69]	Cualquier edad con sospecha de diabetes mellitus I	Diagnóstico y tratamiento	- Ante sospecha acceso a consulta con especialista dentro de 7 días. - Glicemia dentro de 30 minutos en el CES o servicio de urgencia a pacientes atendidos por descompensación - Tratamiento se inicia dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica
Diabetes mellitus tipo II [70]	Cualquier edad con sospecha de diabetes mellitus II	Diagnóstico y tratamiento	- Diagnóstico en 45 días, desde toma de glicemia alterada - Glicemia dentro de 30 minutos en el CES a pacientes atendidos por descompensación - Tratamiento se inicia dentro de 24 horas post confirmación diagnóstica - Atención con especialista dentro de 90 días desde la derivación, según indicación médica
Asma bronquial moderada y grave [71]	Menores de 15 años	Diagnóstico y tratamiento	- Diagnóstico dentro de 20 días desde la sospecha - Tratamiento inmediato desde la sospecha, según indicación médica - En caso de necesitar evaluación por especialista, se realiza dentro de los 30 días posderivación.
Epilepsia en el niño [72]	Mayores de un año y menores de 15 años	Diagnóstico y Tratamiento	- Evaluación por especialista en 60 días post derivación - Inicio de tratamiento dentro de 7 días post diagnóstico
Hemofilia [73]	Cualquier edad	Diagnóstico y tratamiento	- Confirmación diagnóstica dentro de 15 días desde la sospecha - Tratamiento inmediato desde la confirmación diagnóstica

68 Ver Guía Clínica "VIH/SIDA" (MINSAL, 2013).
69 Ver Guía Clínica "Diabetes mellitus tipo I" (MINSAL, 2013).
70 Ver Guía Clínica "Diabetes mellitus tipo II" (MINSAL, 2010).
71 Ver Guía Clínica "Asma Bronquial moderada y grave en menores de 15 años" (MINSAL, 2011).
72 Ver Guía Clínica "Epilepsia en el niño" (MINSAL, 2008).
73 Ver Guía Clínica "Hemofilia" (MINSAL, 2005).

Insuficiencia renal crónica terminal [74]	Cualquier edad (con necesidad de diálisis o trasplante)	Tratamiento	- Atención por especialista en 60 horas luego de confirmado el diagnóstico - Acceso vascular para hemodiálisis dentro de 90 días post indicación - Acceso de peritoneodiálisis dentro de 21 días y hemodiálisis en 7 días, según indicación médica. - Estudio para trasplante e ingreso a lista de espera en plazo máximo de 10 meses. - Drogas inmunosupresoras de por vida tras transplante.
Manejo y tratamiento de la infección por virus de la Hepatitis B (VHB) [75]	Cualquier edad	Tratamiento	- Evaluación pre tratamiento: Dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica - Tratamiento dentro de 30 días desde la indicación
Manejo de la infección por virus de la Hepatitis C (VHC) [76]	Cualquier edad	Diagnóstico y tratamiento	- Ante sospecha, confirmación diagnóstica dentro de 45 días - Evaluación pre tratamiento: Dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica - Tratamiento dentro de 30 días desde la indicación
Fibrosis quística [77]	Cualquier edad	Tratamiento	- Si se confirma el diagnóstico, acceso a tratamiento integral inmediato y a mantención del tratamiento en caso de haberlo iniciado
Artritis Juvenil [78] **Idiopática**	Niños y adolescentes menores de 15 años	Tratamiento	- Ante confirmación diagnóstica, acceso a tratamiento dentro de 7 días
Artritis Juvenil [78] **Reumatoidea**	Cualquier edad	Tratamiento	- Ante confirmación diagnóstica por especialista, acceso a inicio tratamiento inmediato
Hipoacusia [79] **Moderada**	Menores de 2 años, nacidos después desde el 2013	Tratamiento y seguimiento	- Ante diagnóstico acceso a audífonos en un plazo de 3 meses - Acceso a implante coclear dentro de 180 días, ante indicación - Primer control dentro de 14 días, luego de colocación de audífonos o implante coclear
Lupus eritematoso sistémico [80]	Cualquier edad	Tratamiento	- Luego de la confirmación diagnóstica acceso a inicio inmediat de tratamiento farmacológico

74 Ver Guía Clínica "Insuficiencia renal crónica terminal" (MINSAL, 2005).
75 Ver Guía Clínica "Manejo y tratamiento de la infección por virus de la Hepatitis B (VHB)" (MINSAL, 2010).
76 Ver Guía Clínica "Manejo de la infección por virus de la Hepatitis C (VHC)" (MINSAL, 2010).
77 Ver Guía Clínica "Fibrosis Quística" (MINSAL, 2007).
78 Ver Guía Clínica "Artritis juvenil Idiopática y reumatoidea" (MINSAL, 2010).
79 Ver Guía Clínica "Tratamiento de Hipoacusia Moderada en menor de 2 años" (MINSAL, 2013).
80 Ver Guía Clínica "Linfoma y tumores sólidos" (MINSAL, 2010).

ONCOLÓGICAS

Prestación Garantizada	Grupo beneficiario	Garantía ofrecida	Beneficios y Plazos máximos
Cáncer en niños menores de 15 años [81] y [82]	Menores de 15 años con leucemia, linfoma o tumores sólidos	Diagnóstico, tratamiento y seguimiento	- Confirmación diagnóstica en 14 días en caso de leucemia y 37 días en caso de linfoma y tumores sólidos - Leucemias: Acceso a quimioterapia dentro de 24 horas desde confirmado el diagnóstico - Tumores sólidos y Linfomas: Quimioterapia dentro de 24 horas y radioterapia dentro de 10 días desde la indicación médica - Una vez finalizado tratamiento, primer control en 7 días (leucemia) y 30 días (linfoma y tumores sólidos)
Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos [83]	Cualquier edad con diagnóstico de cáncer avanzado y terminal	Tratamiento	- Tratamiento en cinco días desde la confirmación diagnóstica - Además de los fármacos, apoyo por un equipo multiprofesional al paciente y su familia

81 Ver Guía Clínica "Leucemia en menores de 15 años" (MINSAL, 2010).
82 Ver Guía Clínica "Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos" (MINSAL, 2011).
83 Ver Guía Clínica "Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos" (MINSAL, 2011).

OFTALMOLÓGICAS

Prestación Garantizada	Grupo beneficiario	Garantía ofrecida	Beneficios y Plazos máximos
Estrabismo[84]	Menores de nueve años	Diagnóstico, tratamiento y seguimiento	- Confirmación diagnosticada en 90 días desde la sospecha - Tratamiento médico en 30 días desde la confirmación diagnóstica - Tratamiento quirúrgico en 90 días desde la indicación médica - Primer control de seguimiento en 30 días desde el alta médica
Tratamiento quirúrgico de cataratas[85]	Cualquier edad con sospecha de cataratas	Diagnóstico y tratamiento	- Ante la sospecha de cataratas derivación a oftalmólogo, quien confirma el diagnóstico dentro de 180 días. - En caso de agudeza visual igual o inferior a 0,1: Tratamiento y corrección óptima en el mejor ojo dentro de 90 días - En caso de agudeza visual igual o inferior a 0,3m corrección óptica dentro de 180 días desde confirmación

URGENCIAS INFANTILES

Prestación Garantizada	Grupo beneficiario	Garantía ofrecida	Beneficios y Plazos máximos
Gran quemado[86]	Cualquier edad con quemaduras graves o que comprometa n la vida	Tratamiento y seguimiento	- Ingreso a tratamiento con prestador especializado dentro de 72 horas desde la confirmación diagnóstica. - Primer control en 15 días desde alta médica
Traumatismo Cráneo Encefálico[87]	Cualquier edad con sospecha de TEC moderado o grave	Diagnóstico y tratamiento	- Atención de urgencia con diagnóstico dentro de 12 horas desde la sospecha - Tratamiento dentro de 24 horas, desde la confirmación diagnóstica
Trauma ocular grave[88]	Cualquier edad (golpe o penetrante con trauma grave)	Diagnóstico y tratamiento	- Diagnóstico dentro de 12 horas desde la sospecha - Consulta para tratamiento con especialista dentro de 60 días

84 Ver Guía Clínica "Estrabismo en menores de 9 años" (MINSAL, 2010).
85 Ver Guía Clínica "Tratamiento quirúrgico de cataratas (congénitas y adquiridas)" (MINSAL, 2010).
86 Ver Guía Clínica "Tratamiento quirúrgico de cataratas (congénitas y adquiridas)" (MINSAL, 2010).
87 Ver Guía Clínica "Gran quemado" (MINSAL, 2007).
88 Ver Guía Clínica "Traumatismo Cráneo Encefálico moderado o grave" (MINSAL, 2013).

Hemorragia cerebral, secundaria a ruptura de aneurisma [89]	Cualquier edad, con sospecha de hemorragia cerebral	Diagnóstico, tratamiento y seguimiento	- Confirmación de hemorragia con TAC en 24 horas desde la sospecha. - Confirmación de aneurisma roto con TAC multiforme o angiografía digital en 48 horas tras confirmar hemorragia subaracnoídea. - Inicio del tratamiento en 24 horas en centro especializado, en caso de aneurisma roto. - Control con especialista para el seguimiento, dentro de 30 días.
Urgencias odontológicas [90]	Cualquier edad con urgencia odontológica	Tratamiento	- Ante infección grave, traumatismo dental, hemorragia bucal, aumento de volumen de la cara asociado a problema dentario o dolor muy intenso que limite actividad normal se confirma el diagnóstico y se inicia el tratamiento correspondiente.
Politraumatizado [91]	Cualquier edad	Tratamiento	- Antes de 24 horas desde el recate, acceso a prestador con capacidad resolutiva.

TRAUMATOLOGÍA

Prestación Garantizada	Grupo beneficiario	Garantía ofrecida	Beneficios y Plazos máximos
Tratamiento quirúrgico de la escoliosis [92]	Menores de 25 días	Tratamiento	- Dentro de 270 días desde confirmación diagnóstica y la indicación de cirugía - Primer control 10 días post alta hospitalaria
Displasia luxante de caderas [93]	Lactantes menores de 1 año	Diagnóstico Tratamiento	- Acceso a radiografía de caderas en su 3er mes de vida - Ante sospecha, acceso a confirmación diagnóstica por especialista dentro de 30 días - Tratamiento dentro de 15 días desde la confirmación diagnóstica por especialista

89 Ver Guía Clínica "Trauma Ocular Grave" (MINSAL, 2009).
90 Ver Guía Clínica "Urgencia odontológicas ambulatorias" (MINSAL, 2011).
91 Ver Guía Clínica "Politraumatizado" (MINSAL, 2013).
92 Ver Guía Clínica "Tratamiento quirúrgico de la escoliosis" (MINSAL, 2010).
93 Ver Guía Clínica "Displasia luxante de caderas" (MINSAL, 2010).

SALUD MENTAL

Prestación Garantizada	Grupo beneficiario	Garantía ofrecida	Beneficios y Plazos máximos
Esquizofrenia[94]	Cualquier edad	Diagnóstico y tratamiento desde el primer episodio	- Ante sospecha, evaluación por especialista dentro de 20 días - Inicio inmediato de tratamiento desde la indicación del especialista
Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas[95]	Menores de 20 años	Tratamiento	- Inicio dentro de 10 días desde la confirmación diagnóstica

94 Ver Guía Clínica "Esquizofrenia (tratamiento desde el primer episodio)" (MINSAL, 2009).

95 Ver Guía Clínica "Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años" (MINSAL, 2013).

8. SALUD AMBIENTAL INFANTIL



La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud.

La Organización Mundial para la Salud (OMS) [146] define la salud ambiental como:

"Aquella disciplina que comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales, físicos, químicos, biológicos y psicosociales", así como la teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar en forma adversa la salud de las presentes y futuras generaciones".

En un sentido más restrictivo, la disciplina que involucra la identificación, tratamiento, prevención de enfermedades mediante el control de los riesgos ambientales en infantes, jóvenes y adultos, así como la creación de ambientes saludables para los niños y niñas se conoce como **salud ambiental infantil** [147]. Su objetivo es contribuir a la reducción o eliminación de los riesgos para los niños, diagnosticar tempranamente las condiciones ambientales, reducir los peligros ambientales y mejorar nuestra comprensión de la salud ambiental.

El ayudar a que los niños y niñas vivan en condiciones ambientales favorables y reducir los riesgos del ambiente al mínimo posible, genera condiciones de equidad. El reducir al mínimo posible las exposiciones tóxicas es una causa evitable de daño.

Los niños y niñas de hoy viven en un medio ambiente diferente al de las antiguas generaciones. La adopción de mercados altamente globalizados en la mayor parte de los países en vías de desarrollo ha producido escenarios que modifican las condiciones ambientales y por tanto la situación de salud de una población. Aunque la exposición a algunos peligros ambientales se han reducido a través de nuevas regulaciones y estándares los niños y niñas siguen expuestos a muchas sustancias toxicas reguladas, principalmente a través del aire, el agua y los alimentos.

Los niños y niñas son mayormente vulnerables [148] [149] frente a otros grupos de edad debido a:

Desarrollo: Se encuentran en etapa de crecimiento, tiempo durante el cual se presentan ventanas de vulnerabilidad donde la exposición a un agente químico o físico puede generar un daño transitorio o permanente. Ellos no pueden metabolizar, detoxificar y excretar eficientemente ciertas toxinas como los adultos. Las exposiciones del feto son las mismas de la mujer gestante. Las semanas de gestación que presentan mayor vulnerabilidad a las noxas ambientales son desde la 3ra a la 8va semana. Es fundamental que las mujeres en edad fértil puedan cuidarse de la exposición a agentes nocivos ante la sospecha de embarazo, por ejemplo consumo de alcohol.

Sensibilidad Biológica: Presentan una mayor superficie corporal en relación a su volumen y por tanto mayor absorción gastrointestinal, respiratoria y dérmica. Lo que los hace. Un lactante ventila tres veces más que un adulto, por lo que los niveles de exposición respiratoria son mayores. La gran cantidad de tiempo en actividades al aire libre hace de los niños y niñas sujetos más proclives a la contaminación atmosférica.

Conducta: Los niños y niñas pequeños suelen explorar con manos y/o boca en los lugares donde juegan,

viven y estudian, que pueden estar contaminados con sustancias nocivas. Desarrollan sus primeros movimientos a nivel del suelo y gustan de jugar en él, donde pueden encontrarse agentes tóxicos. Su menor altura los ubica cerca del suelo, en el que pueden concentrarse sustancias más pesadas que el aire, como el mercurio.

Dieta: Los niños y niñas consumen más alimentos y agua que los adultos. Ambos factores pueden resultar como una importante fuente de exposición a tóxicos.

PRESTADORES DE LA SALUD

El campo de la salud ambiental infantil es transdiciplinaria lo cual involucra que los prestadores en salud infantil posean competencias y habilidades básicas en epidemiologia, toxicología y conocimiento de los riesgos y los efectos que provocan las agentes nocivos ambientales durante las diferentes etapas del desarrollo para prevenir, reducir y/o eliminar el agente causal [96]&[97].

SALUD AMBIENTAL INFANTIL EN CHILE

En Chile, las exposiciones ambientales peligrosas más importantes para los niños y niñas podrían deberse a la contaminación atmosférica e indoor por material particulado y metales pesados. En general, la exposición generalmente ocurre de manera crónica y en bajas concentraciones, casos excepcionales son las exposiciones agudas. Respecto de esta última, un apartado de efectos y recomendaciones por intoxicaciones son incluidas en el este capítulo.

a) Contaminación Atmosférica

Diversos estudios han reconocido los efectos de la contaminación atmosférica sobre la salud infantil, como parto prematuro, bajo peso al nacer o menor peso (PEG), mortalidad perinatal y enfermedades respiratorias (EPOC, Asma, IRAs, etc.) [156] [157] [158] [159]. Estas últimas se ven exacerbadas en ciudades que presentan poca ventilación y que favorecen el fenómeno de efecto invernadero en épocas frías, y donde el uso de sistemas de calefacción con hidrocarburos y leña es común (Santiago, Rancagua, Chillan, Temuco, Osorno, Puerto Montt y Aysén).

b) Metales pesados

Las fuentes de mayor riesgo para los niños y niñas corresponden las de origen antrópico y en algunos casos, natural principalmente en el Norte de Chile (Arica hasta Atacama). Se destacan principalmente los siguientes metaloides:

Mercurio (Hg): La exposición a niveles más altos de que lo normal de Hg ocurre principalmente en las cercanías a centrales eléctricas de carbón, incineradores de residuos y lugares donde se practica la extracción, depósito y/o refinado de minerales como; oro, cobre, zinc, plata y mercurio. Otras fuentes menores de exposición a Hg corresponden a las que se libera desde las amalgamas dentales o de productos domésticos tales como termostatos, luces fluorescentes, barómetros, termómetros de vidrio y algunos aparatos para tomar la presión. El mercurio en estos productos está contenido en vidrio o en metal, y generalmente no representa riesgo para la salud a menos que el artículo esté dañado o roto y se liberen vapores de mercurio. El mercurio puede viajar por el aire, agua y depositarse en los alimentos y suelo. Los peces de gran tamaño como los atunes suelen acumular mercurio inorgánico en forma de metilmercurio [160] [161] [162] [163].

La exposición a altos niveles puede dañar el cerebro, lo riñones y el feto. La exposición aguda es poco frecuente pero en los casos por ingestión (termómetros, mercurio metálico liquido-gas) afecta sistema

96 Existen bases de datos online donde los profesionales de salud pueden consultar sobre la seguridad de fármacos durante la gestación y el período de lactancia, se aconseja visitar SafeFetus y LactMed

97 Existen sitios web que aportan información general y recomendaciones prácticas para agentes nocivos como metales y sustancias toxicas, se recomeinda visitar: Agency for Toxic Substances and Disease Registry y United States Environmental Protection Agency

gastrointestinal y respiratorio, en otros casos pueden ser detectados afecciones a nivel neurológico y dérmico. La exposición crónica provoca principalmente afecciones a nivel del sistema nervioso central, la visión, irritabilidad y sueño; gastrointestinal y dérmico. El examen de orina es el mejor medio para demostrar la exposición reciente a Hg. No debe superar los 10 µgHg/L de orina. Para mayor información ver Guía Clínica de Referencia y Contrareferencia de Pediatría Pacientes Menores de 15 años Expuestos a Contaminación por Mercurio (*).

Arsénico (As): La exposición a niveles más altos que lo normal de As ocurre principalmente en las cercanías a centrales eléctricas de carbón, incineradores de residuos y lugares donde se practique la extracción, depósito y/o refinado de minerales para plomo y cobre. Además, el contacto con adultos que usan ropa contaminada con arsénico puede ser una fuente de exposición. La principal vía de exposición de As en los niños y niñas corresponde al consumo de agua y alimentos contaminados por As [156].

La exposición a altos niveles de As puede ser fatal. La exposición aguda es poco frecuente afectando el sistema gastrointestinal, nervioso (neuropatía periférica), cardiovascular, renal y hematológico. La exposición crónica produce vómitos y náuseas y se ha documentado bajo rendimiento del cociente intelectual (IQ). La exposición durante el embarazo y niñez produce un aumento de la mortalidad en adultos jóvenes. El arsénico podría ser perjudicial para mujeres embarazadas y feto puesto que puede atravesar la placenta y acumularse en los tejidos. El As se ha encontrado en niveles bajos en la leche materna. El examen de orina es el mejor medio para demostrar la exposición reciente a As. No debe superar los 35 µgHg/L de orina. Para mayor información ver Guía Clínica de Referencia y Contrareferencia de Pediatría Pacientes Menores de 15 años Expuestos a Contaminación por Mercurio (*) y Resolución Exenta Nº158 del 23 de marzo de 2012, del Ministerio de Salud. Aprueba “Protocolo de Manejo y Guía Clínicas para la Población Expuesta a Polimetales en la Ciudad de Arica”11.

Plomo (Pb): La exposición al plomo puede ocurrir en casas de pescadores donde se fabrican o existen pertrechos o pesos usados en la pesca, respirar aire o polvo o comer trozos de pintura con plomo en casas antiguas y habitar en zonas cercanas a actividades industriales, particularmente aquellas donde se practique la extracción, depósito y/o refinado de minerales de cobre y plomo. La exposición por contaminación ambiental debido a la combustión diésel con plomo está prohibida en Chile [162] [164] [165] [166] [167].

La exposición a altos niveles de plomo puede causar anemia, dolores de estómago, debilidad muscular y daño cerebral. La exposición crónica puede causar una variedad de signos y síntomas neurológicos en menores tales como alteraciones cognitivas, hiperactividad, conductas impulsivas, todo lo cual incide en el proceso de socialización y aprendizaje Sin embargo no hay hallazgos del desarrollo neurológico que sea inequívoco de un diagnóstico de efectos secundarios a la intoxicación por plomo. La exposición. El examen de sangre es el mejor medio para demostrar la exposición reciente a As. No debe superar los 10 µgPb/dL en sangre. Para mayor información ver *Guía Clínica de Referencia y Contrareferencia de Pediatría Pacientes Menores de 15 años Expuestos a Contaminación por Plomo*[98] y Resolución Exenta Nº158 del 23 de marzo de 2012, del Ministerio de Salud. Aprueba “Protocolo de Manejo y Guía Clínicas para la Población Expuesta a Polimetales en la Ciudad de Arica” [163].

En todos los casos en que se evidencie la exposición a metales en niños y niñas el prestador de servicio debería informar a la Seremi de Salud respectiva con el propósito de que está a) Investigue las probables fuentes de exposición, b) entregue recomendaciones en salud ambiental para reducir el riesgo a este metal, c) Proponer medidas para reducir la exposición o riesgo ambiental en conjunto con el extrasector (Seremi de Medio Ambiente) cuando corresponda.

98 Ministerio de salud de Chile se encuentra desarrollando las Guías Clínicas de Referencia y Contrareferencia de Pediatría Pacientes Menores de 15 años Expuestos a Contaminación por Mercurio, Arsénico, Plomo y Níquel.

c) Otras exposiciones peligrosas

Productos de uso infantil: A nivel mundial se ha visto un aumento en los incidentes relacionados a los productos fabricados para el uso infantil, como lo son los juguetes y artículos de puericultura, y que ha acentuado las preocupaciones de las autoridades locales por la protección de ese segmento vulnerable de la población.

Organismos internacionales involucrados en la fiscalización de los productos infantiles como juguetes y artículos de puericultura, han establecido que las principales causas al aumento de los incidentes por el uso de estos productos se debe a que los productos no cumplen con las normas nacionales de seguridad o están peligrosamente defectuosos, o que los productos se utilizan de manera inadecuada, de forma que podrían representar un riesgo para la salud y la seguridad de la población infantil.

En nuestro país, existe actualmente el Reglamento sobre Seguridad de los Juguetes, Decreto Nº114 del 2005, de MINSAL, que regula los juguetes de uso lúdico en sus aspectos químicos (migración de metales y tolueno), aspectos físicos, mecánicos y etiquetado.

Es importante considerar que los juguetes y artículos de puericultura también pueden presentan otras sustancias tóxicas peligrosas para la salud del niño o la niña, como los ftalatos[99] presentes en el material plastificado utilizado en la fabricación de esos productos, sustancias nitrosables y nitrosaminas presente en productos para niños y niñas menores de 36 meses y el Bisfenol A (BPA) presente en biberones.

Plaguicidas A la fecha, escasa investigación se ha realizado en América del Sur respecto a la exposición a los pesticidas y los predictores potenciales de estas exposiciones. En Chile el uso de organoclorados se encuentra prohibido, siendo los de origen organofosforados uno de tipos de plaguicidas más usados en el amito agrícola principalmente en la región central. Existe alguna evidencia de estudios que han demostrado asociación entre la exposición a bajas dosis de organofosforados prolongadas en el tiempo y deterioro de la velocidad de atención y búsqueda visual, problemas en la formación de conceptos y en la motricidad fina, dificultades en la memoria de corto plazo, funciones cognitivas visuales, velocidad visomotora, baja flexibilidad conceptual y déficit atencional, en niños y niñas que viven en ambientes cercanos a la aplicación de plaguicidas o entre hijos de trabajadores agrícolas expuestos a pesticidas organofosforados. En casos de sospecha se debe solicitar muestra de orina y realizar evaluación del cociente intelectual. Al respecto, se usa el cuestionario de desempeño cognitivo en el test de inteligencia para niños y niñas de Wechsler (wisc-iii) [168] [169] [170] [171].

99 Grupo de compuestos químicos principalmente empleados como plastificadores (sustancias añadidas a los plásticos para incrementar su flexibilidad).



BIBLIOGRAFÍA

[1] A. Tellez, «La Consulta Pediátrica: Una Oportunidad,» de Pediatría Ambulatoria: Un enfoque Integral, Santiago, Ediciones UC, 2011, pp. 21-24.

[2] Organización Mundial de la Salud, «Covención sobre los Derechos del Niño,» Noviembre 1989. [En línea]. Available: http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm. [Último acceso: Febrero 2013].

[3] Organización Mundial de la Salud, «Observación General Nº7,» Septiembre 2005. [En línea]. Available: http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1_sp.pdf. [Último acceso: febrero 2013].

[4] Biblioteca del Congreso Nacional de Chile-BCN, «Chile y los Derechos del Niño,» Diciembre 2009. [En línea]. Available: http://www.bcn.cl/de-que-se-habla/chile-derechos-del-nino. [Último acceso: Febrero 2013].

[5] Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), «Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud,» 2005. [En línea]. Available: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97e550fe04001011e014080.pdf. [Último acceso: febrero 2013].

[6] Public Health Agency of Canada, «What Determines Health,» Octubre 2011. [En línea]. Available: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php. [Último acceso: febrero 2013].

[7] S. Catalán, R. Moore y V. Valdés, «La Supervisión de Salud del Niño y Adolescente,» Santiago, Mediterráneo, 2000, p. 12.

[8] P. Valenzuela y R. Moore, «Supervisión de Salud: Un Enfoque Integral,» de Pediatría Ambulatoria: Un enfoque integral, Santiago, Ediciones Universidad Católica, 2011, pp. 15-20.

[9] C. Kopp y M. Caal, Predicting later perfomance for normal, at risk and handicapped infants. En Baltes, Brim eds. Life, New York: Academia Press, 1982.

[10] Ministerio de Salud, Orientaciones para Atención Psicosocial de Niños Hospitalizados, Santiago, 2011.

[11] R. Araya, A. Montgomery, G. Rojas, R. Fritsch, J. Solis y A. Signorelli, «Common mental disorders and the built environment in Santiago, Chile,» Br J Psychiatry, vol. May, nº 190, p. 394–401, 2007.

[12] MINSAL, Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar e Integral, Santiago: Ministerio de Salud, 2013.

[13] Burgos, S; Yohannessen, K; Silvia, Helia, «Revisión sistemática de literatura y evidencia científica sobre factores de riesgo que afectan el desarrollo biopsicosocial de los niños y niñas, con enfoque de curso de vida desde la etapa pregestacional,» Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, 2013.

[14] MINSAL, Ver Nota metodológica Pauta de Riesgo Psicosocial Evaluación Psicosocial Abreviada, Santiago: Ministerio de Salud, 2010.

[15] OMS, Promoción de la Salud Mental, Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.

[16] Servicio de Salud Sur Oriente, Guía para la aplicación pauta de riesgo biopsicosocial, Santiago, 2012.

[17] A. González y P. Ventura-Juncá, «Exámen Físico del Recién Nacido,» Pontificia Universidad Católica, [En línea]. Available: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnexfisico.html. [Último acceso: 31 Enero 2014].

[18] The University of Chicago Medicine, «The University of Chicago Medicine: Comer Clidren's Hospital,» The University of Chicago Medicine. [En línea]. [Último acceso: 03 Febrero 2014].

[19] S. Juan Pablo, «Craneosinostosis,» Pontificia Universidad Católica de Chile , Junio 2001. [En línea]. Available: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/cirugiapediatrica/cirped35.html. [Último acceso: 31 Enero 2014].

[20] R. D. P. A. A. D. Fernández JR, «Waist Circumference percentiles in national representative (NHANES III),» J Pediatr , pp. 145:439-44, 2004.

[21] T. R. A. &. M. R. Lohman, « Anthropometric standardization reference manual.,» Champaign. IL, Human Kinetics, 1988.

[22] Ministerio de Salud , Referencia OMS para la evaluación antropométrica: Niño(a) menor de 6 años, 2006.

[23] MINSAL, «Norma técnica de evaluación nutricional del niño de 6 a 18 años,» Santiago, 2003.

[24] M. S. Burrows R, «Estándares de Crecimiento y Desarrollo del Escolar Chileno,» Rev Chil Nutr, pp. 26:95S-101S, 1999.
[25] R. Mercado y V. Valdés, «Síndrome metabólico en la infancia y adolescencia,» [En línea]. Available: http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/220.html. [Último acceso: 25 Noviembre 2013].
[26] K. M. T. A. Reinehr T, «Lifestyle Intervention in obese children is associates with a decrease of the metabolic syndrome prevalence,» Atherosclerosis, pp. 207: 174-180, 2009.
[27] K. N. Block RW, «Failure to thrive as a manifestation of child neglect.,» Pediatrics, pp. 116(5):1234-7., 2005.
[28] L. May, «Hydrocephalus,» de Paediaric Neurosurgery- a handbook for the multidisciplinary team, Londrés, Whurr Publishers, 2001.
[29] E. González, «Origen fetaj de enfermdades expresadas en la edad adulta,» Actualización en nutrición, vol. 11, nº 4, p. Diciembre, 2010.
[30] A. Cattani, «Curso Salud y Desarrollo del Adolescente,» [En línea]. Available: http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion01/M1L1Leccion.html. [Último acceso: marzo 2013].
[31] Cincinnati Children`s Medical Center, «Best Evidence Statement (BESt),» Enero 2009. [En línea]. [Último acceso: marzo 2013].
[32] L. a. B. I. National Heart, «National Heart, Lung, and Blood Institute,» Summer 2004. [En línea]. Available: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/child_tbl.htm. [Último acceso: 07 Febrero 2014].
[33] Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica, «Oftalmología Pediatrica,» Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica, 2013. [En línea]. [Último acceso: 2014 Febrero 2014].
[34] Ministerio de Salud, «¿Cuándo sospechar un cáncer y cómo derivar?,» MINSAL, Santiago, 2010.
[35] Ministerio de Salud , Guía Clínica de Estrabismo en menores de 9 años, Santiago: MINSAL, 2006.
[36] D. Ossandón, «Videoconferencia: Evaluación oftalmológica en control de salud infantil,» de Videconferencias Técnicas Programa Nacional de Salud en la Infancia, Santiago, 2012.
[37] F. M. Patel H, «Canadian Paediatric Society,» 2011. [En línea]. Available: http://www.cps.ca/en/documents/position/universal-hearing-screening-newborns. [Último acceso: Febrero 2013].
[38] D. Thomson, M. Phillips y R. Davis, «Universal Newborn Hearing Screening:Summary of Evidence.,» JAMA, vol. 286, nº 16, pp. 2001-2010, 2001.
[39] e. a. Schonhaut L, «Problemas auditivos en preescolares, según estudio audiológico y percepción de educadores.,» Rev Chilena de Pediatría, vol. 3, nº 77, pp. 247-253, 2005.
[40] H. Nelson, C. Bougastsos y P. Nygren, «Universal newborn hearing screening: Systematic review to update de 2001 US preventive services Task Force Recomendation,» Pediatrics, vol. e, nº 122, pp. 266-76, 2008.
[41] A. Korver, S. Konings y F. Dekker, «DECIBEL Collaborative Study Group. Newborn hearing screening vs. later hearing screening and developmental outcomes in children with permanent childhood hearing impairment,» JAMA, vol. 304, nº 8, p. 1701, 2010.
[42] American Academy of Pediatrics, «Newborn and Infant Hearing Loss: Detection and Intervention,» Pediatrics, vol. 103, nº 2, pp. 527-530, 1999.
[43] MINSAL, Guía Clínica AUGE: Tratamiento de la Hipoacusia Moderada en Menores de 2 años, Santiago: Ministerio de Salud, 2013.
[44] Organización Mundial de la Salud, «Clasificación de hipoacusia OMS,» World Health Organization, [En línea]. Available: http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/index.html. [Último acceso: 02 Marzo 2012].
[45] C. E. Cunningham M, «Hearing Assessment in Infants and Children: Recomendations Beyond Neonatal Screening,» Pediatrics, vol. 111, nº 2, pp. 436-440, 2003.
[46] American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing, «Position Statement Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs,» Pediatrics, vol. 120, nº 4, pp. 898-921, 2007.

[47] PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE - ESCUELA DE MEDICINA, «Del examen físico segmentario: Examen de la Cabeza,» Escuela de Medicina - Pontificia Universidad Católica de Chile, [En línea]. Available: http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/tercero/IntegradoTercero/ApSemiologia/34_Cabeza.html. [Último acceso: 25 Febrero 2014].

[48] M. d. R. Méndez, I. Gutiérrez y E. Arch, «Manifestaciones conductuales por las cuales se sospecha de hipoacusia en niños,» Anales Médicos, vol. 48, nº 4, pp. 199 - 203, 2003.

[49] J. Solanellas, «Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria,» 18 Octubre 2003. [En línea]. Available: https://www.aepap.org/sites/default/files/t_timpanometria.pdf. [Último acceso: 06 Febrero 2014].

[50] Pontificia Universidad Católica de Chile, «Apuntes de Otorrinolaringología: Impedanciometría,» Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, [En línea]. Available: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/apuntesotorrino/impedanciometria.html. [Último acceso: 07 Febrero 2014].

[51] Ministerio de Salud, Guía Clínica Displasia Luxante de Caderas, Santiago: MINSAL, 2008.

[52] J. González, «Pesquisa radiológica de la luxación congénita de cadera,» Revista Chilena de Ortopedia Traumatológica, vol. XXXI, pp. 91-95, 1990.

[53] MINSAL, Tratamiento quirurgico de escoliosis en menores de 25 años, Santiago: Ministerio de Salud, 2010.

[54] V. E. Salenius P, «The development of the tibiofemoral angle in children,» J Bone Joint Surg Am, pp. 57(2):259-261, 1975.

[55] H. Guzmán, «Alteraciones de ejes de extremidades inferiores y pie plano en el niño,» de XXXVIII: Curso actualidades en peditría Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, SAVAL, 2003, pp. 49-51.

[56] Sociedad Americana Ortopédica de Pie y Tobillo, «How to Select Children's Shoes,» [En línea]. Available: http://www.aofas.org/footcaremd/how-to/footwear/Pages/How-to-Select-Children's-Shoes.aspx. [Último acceso: Julio 2013].

[57] SCHOT, «Consejos para comprar calzado,» Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología, [En línea]. Available: http://www.schot.cl/layout_1/inicio.php?id_menu=386&idioma=esp&noticia_id=25. [Último acceso: 10 Febrero 2014].

[58] C. G. Rostión, «Testículo no descendido,» Revista chilena de pediatría, vol. 17, nº 3, pp. 246-250, 2000.

[59] MINSAL, «Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual,» MINSAL/UNICEF, Santiago, 2011.

[60] OMS, Encuestas de salud bucodental, métodos básicos, Ginebra: Organización Mudial de la Salud, 1997.

[61] MINSAL, Pautas de evaluación Buco-dentaria, Santiago: Ministerio de Salud, 2007.

[62] MINSAL, Programa de promoción y prevención en salud bucal para niños y niñas preescolares, Santiago: Ministerio de Salud, 2007.

[63] B. R. A. Palomino H, «Edad y orden de aparición de los dientes deciduales en una población de Santiago,» Odontología Chilena, vol. 28, pp. 73-77, 1980.

[64] MINSAL, Normas en la Prevención e Intercepción de anomalías Dentomaxilares, Samtiago: Ministerio de Salud , 1998.

[65] MINSAL, Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo, Santiago: Ministerio de Salud de Chile, 2008.

[66] K. Wambach y J. Riordan, Breastfeeding and Human Lactation, Mississauga: Jones & Bartlett Learning, 2010.

[67] MINSAL, Manual de Lactancia Materna contenidos técnicos para profesionales de la salud, Santiago: Ministerio de Salud de Chile, 2010.

[68] J. Zupan, P. Garner y A. Omari, «Topical umbilical cord care at birth,» Cochrane Database of Systematic Reviews, p. Issue 3. Art. No.: CD001057. DOI: 10.1002/14651858.CD001057.pub2, 2004.

[69] Chile Crece Contigo, «Acompañándote a descubrir,» Chile Crece Contigo, Santiago, 2010.

[70] Chile Crece Contigo, Nota Metodológica Programa de apoyo al recién nacido ¡Las experiencias tempranas importan mucho!, Santiago: Chile Crece Contigo, 2013.

[71] V. Espinoza y P. Rojas, «ICTERICIA NEONATAL: ¿Cuándo alarmarse?,» Escuela de Medicina Familia de la Potificia Universidad Católica de Chile, 2012. [En línea]. Available: http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/338.html. [Último acceso: 12 Febrero 2014].

[72] P. Ventura-Juncá, «Ictericia no hemolitica del recíen nacido de término,» Ecuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, [En línea]. Available: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnictericia.html. [Último acceso: 12 Febrero 2014].
[73] «Ictericia neonatal,» de Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neonatología, Madrid, Asociación Española de Pediatría, 2008, pp. 372-383.
[74] J. Bryon y N. Spector, «Hyperbilirubinemia in the Newborn,» Pediatrics in Review, vol. 32, pp. 341-349 , 2011.
[75] MINSAL, «Norma para el Manejo Ambulatorio de la Malnutrición por Déficit y Exceso en el niño(a) menor de 6 años,» Santiago, 2007.
[76] A. Capilla, D. Romero, M. Maestú, P. Campo, S. Fernandez y J. González-Marqués, «Emergencia y desarrollo cerebral de las funciones ejecutivas,» de Actas Españolas de Psiquitría, Madrid, 2004.
[77] MINSAL, «Norma de control de la ansiedad en atención odontológica,» 2007. [En línea]. Available: http://web.minsal.cl/portal/url/item/84d58636bfe8f2f0e04001011f010fa3.pdf. [Último acceso: 13 Noviembre 2013].
[78] «Healthy active living: Physical activity guidelines for children and adolescents,» Canadian Pediatrics Society , 1 Abril 2012. [En línea]. Available: http://www.cps.ca/documents/position/physical-activity-guidelines#ref13. [Último acceso: 14 Febrero 2014].
[79] Canadien Pediatrics Society, «Preventive Care,» Canadien Pediatrics Society, [En línea]. Available: http://www.cps.ca/english/statements/CP/PreventiveCare/GHRPage2.pdf. [Último acceso: 17 Diciembre 2013].
[80] OMS, «Familias Fuertes,» Organización Panamericana de la Salud, 27 Julio 2010. [En línea]. Available: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3189&Itemid=2420&lang=es&limitstart=1. [Último acceso: 06 Marzo 2014].
[81] P. Arango, H. Fox, M. McPherson, M. McManus, C. Lauver, P. Newacheck, J. Perrin, B. Strickland y J. Shonkoff, «An Epidemiologic Profile of Children With Special Health Care Needs,» 27 Febrero 1998. [En línea]. Available: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9651423. [Último acceso: 30 Enero 2013].
[82] «Epidemiología, nueva morbilidad pediátrica y rol del pediatra,» Revista chilena de pediatría, vol. 78, nº 1, pp. 103-110, 2007.
[83] MINSAL, Encuesta de Calidad de Vida, Santiago: Ministerio de Salud de Chile, 2006.
[84] SENADIS, Estudio Nacional de Discapacidad, Santiago: Servicio Nacional de Discapacidad, 2004.
[85] M. Kogan, M. McPherson, P. Newacheck, P. Van Dyck, M. Kogan y G. Weissman, «Prevalence and characteristics of children with special health care needs.,» Septiembre 2004. [En línea]. Available: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15351754. [Último acceso: 30 Enero 2013].
[86] N. Vargas, Pediatría para “NANEAS”, Santiago: Sociedad Chilena de Pediatría, 2009.
[87] Equipo de enfermería INRPAC, Manual de cuidados básicos, Santiago: Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, 2013.
[88] Facultad de Medicina, «Manejo de sonda nasoenteral en el hogar,» Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, 2007. [En línea]. Available: http://redsalud.uc.cl/salud/documentacion/. [Último acceso: 25 Febrero 2014].
[89] Ministerio de Salud, Guía Clínica Hipoacusia neusensorial bilateral del prematuro, Santiago: MINSAL, 2010.
[90] Ministerio de Salud, Guía Clínica Retinopatía del prematuro, Santiago: MINSAL, 2005.
[91] Ministerio de Salud, Guía Clínica Displasia broncopulmonar del prematuro, Santiago: MINSAL, 2009.
[92] Ministerio de Salud, División de Atención Primaria: Programa de Profilaxis VRS en niños con displasia broncopulmonar en APS, Santiago: MINSAL, 2013.
[93] MINSAL, Norma y manual de programa alimentarios, Santiago: Ministerio de Salud, 2013.
[94] R. J. Córdova G, «Caso Clínico: botulismo infantil,» Boletín de la Escuela de Medicina, vol. 30, nº 1, pp. 46-49, 2005.
[95] Organización Mundial de la Salud-UNICEF, «Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna,» OMS, Ginebra, Suiza, 2009.
[96] G. C, Un Regalo para Toda la Vida, España: Temas de Hoy, 2006.
[97] K. R. Kramer MS, «Optimal duration of exclusive breastfeeding,» The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons, 2002.

[98] T. M. Groete V y K. B, «Do complementary feeding practices predict the later risk of obesity?,» Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, vol. 3, nº 15, pp. 293-297, 2012.
[99] A. M. Rubio, «Desde la lactancia materna al destete y alimentación en la infancia y la adolescencia ¿qué estamos haciendo?¿qué hay de nuevo?,» Rev Pediatr Aten Primaria , vol. 13, nº 20, 2011.
[100] H. B. Bravo P, «Trastornos alimentarios del lactante y preescolar,» Revista chilena de pediatría, vol. 82, nº 2, pp. 97-92, 2011.
[101] Organización Mundial de la Salud (OMS), «Breastfeeding,» 2013. [En línea]. Available: http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/.
[102] OMS, «Actividad Fisica,» Organización Mudial de la Salud, [En línea]. Available: http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/. [Último acceso: 11 Febrero 2014].
[103] Organización Mundial de la Salud, «Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud,» OMS, Ginebra, Suiza, 2010.
[104] F. Sanchis, Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes, Barcelona: Universidad Ramon Llull, 2008.
[105] A. Aizpuru, «La teoría del apego y su relación con el niño maltratado,» Psicología Iberoamericana, vol. 2, nº 1, pp. 37-44, 1994.
[106] A. Oliva, «Estado actual de la teoría del apego,» Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, vol. 4, nº 1, pp. 65-81, 2004.
[107] K. Repetur y A. Quezada, «Vínculo y desarrollo psicológico: La importantacoa de las relaciones tempranas,» Revista Digital Universitaria, vol. 6, nº 11, pp. 2-15, 2005.
[108] L. Botella, Reconstrucción relacional y narrativa en psicoterapia: bases neurobiológicas, Barcelona: Universitat Ramon Llull, 2005.
[109] M. Sánchez, Apego en la infancia y apedo adulto, influencias en las relaciones amorosas y sexuales, Salamanca: Universidad de Salamanca, 2011.
[110] A. Kruger y M. Konner, «Who Responds to Crying? Maternal Care and Allocare among the!Kung,» Human Nature, vol. 21, nº 3, pp. 309-329, 2010.
[111] T. Ramsey, Training Manual: Baby´s First Massage, Ohio , 2006.
[112] S. Smith, «Helping parents cope with crying babies: decision-making and interaction at NHS Direct.,» Journal of Advanced Nursing, vol. 66, nº 2, pp. 381-391, 2010.
[113] D. Out, S. Pieper, M. Bakermans-Kranenburg, P. Zeskind y M. van IJzendoorn, «Intended sensitive and harsh caregiving responses to infant crying: The role of cry pitch and perceived urgency in an adult twin sample.,» The International Journal: Child Abuse & Neglect, vol. 34, nº 11, pp. 863-873, 2010.
[114] S. Bell y M. Ainsworth, «Infant crying and maternal responsiveness,» de Child Development, 1972, pp. 1171-1190.
[115] A. Kruger y M. Konner, «Who Responds to Crying?,» Human Nature, vol. 21, nº 3, pp. 309-329 , 2010.
[116] W. Frey y M. Langseth, Crying: The Mystery of Tears, HarperCollins Publishers, 1985.
[117] S. Reijneveld, E. Brugman y R. Hirasing, «Excessive infant crying: the impact of varying definitions.,» Pediatrics, vol. 4, nº 108, 2001.
[118] M. Wake, E. Morton-Allen, Z. Poulakis, H. Hiscock, S. Gallagher y F. Oberklaid, «Prevalence, stability, and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life: prospective community-based study.,» Pediatrics, vol. 3, nº 117, pp. 42-836, 2006.
[119] M. Megel, M. Wilson, K. Bravo, N. McMahon y A. Towne, «Baby lost and found: mothers' experiences of infants who cry persistently,» J Pediatr Health Care, vol. 3, nº 25, pp. 52-144, 2011.
[120] H. Karp, The happiest baby on the block, Random House Digital, 2003.
[121] J. McRury y A. Zolotor, «A randomized, controlled trial of a behavioral intervention to reduce crying among infants.,» The Journal of the American Board of Family Medicine, vol. 3, nº 23, pp. 22-135, 2010.
[122] C. Lucchini, F. Márquez y C. Uribe, Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre, Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2012.
[123] A. Sameroff, S. McDonough y K. Rosenblum, Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention, New York: Guilford Press, 2004.
[124] P. Crittenden, Raising parents: Attachment, parenting, and child safety, Abingdon: Routledge/Willan, 2008.

[125] R. P, «Accidentes en la infancia: Su prevención, tarea prioritaria en este milenio,» Revista Chilena de Pediatría, vol. 1, nº 78, pp. 57-73, 2007.
[126] K. CJ, «National Health Transportation Safety Administraion. An evaluation of child passenger safety: The effectiveness and benefits of safety seats,» 2008. [En línea]. Available: www.nhtsa.dot.gov/cars/rules/regrev/evaluate/806890.html. [Último acceso: 2 Febrero 2012].
[127] E. W. F. Durbin Dr, «Belt-positioning booster seats and reduction in risk of injury among children in vehicle crashes,» JAMA, nº 289, pp. 2835-2840, 2003.
[128] American Academy of Pediatric, «Car Safety seats: A guide for families,» American Academy of Pediatric, 2008. [En línea]. Available: www.aap.org/family/carseatguide.htm. [Último acceso: 12 Febrero 2012].
[129] Canadian Paediatric Society, «Transportation of infants and children in motor vehicles,» Canadian Paediatric Society, 2008. [En línea]. Available: www.cps.ca/english/statements/IP/IP08-01.htm. [Último acceso: 12 Enero 2012].
[130] The Cochrane Library, «Helmets for preventing head and facial injuries in bicyclists,» 2006. [En línea]. Available: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001855/abstract;jsessionid=474B70E266FBB79D8C85F4ED707FAFA3.d04t02.
[131] Canadian Paediatric Society, «Swimming lessons for infants and toddlers,» 2003. [En línea]. Available: http://www.cps.ca/en/documents/position/swimming-lessons.
[132] C.H.A.S.E for life, «Guía de bolsillo sobre maniobra de heimlich para bebés y niños,» [En línea]. Available: http://chaseforlife.org/spanish/CM_broch_SPAN_web.pdf. [Último acceso: 20 Febrero 2014].
[133] j. varas, «CITUC,Universidad Catolica de Chile,» 2000. [En línea]. Available: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/intoxicaciones.html . [Último acceso: 22 2 2013].
[134] Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, «SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment,» Pediatrics, vol. 128, nº 5, pp. 2011-2284, 2011.
[135] American Academy of Pediatrics, «SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment,» Pediatrics, vol. 128, nº 5, pp. 1341-1367, 2011.
[136] DGMN, «Preguntas Frecuentes Material de uso Bélico y Precursores,» Dirección General de Movilización Nacional (DGMN), [En línea]. Available: http://www.dgmn.cl/?page_id=172. [Último acceso: 21 Febrero 2014].
[137] UNICEF, Programa Puente, Fondo Solidario e Inversión Social, El maltrato deja huella. Manual para la detección y orientación de la violencia intrafamiliar, Santiago de Chile: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2007.
[138] American Academy of Pediatrics, «Talking to Kids and Teens about Social Media and Sexting,» 2009. [En línea]. Available: http://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/news-features-and-safety-tips/Pages/Talking-to-Kids-and-Teens-About-Social-Media-and-Sexting.aspx. [Último acceso: 21 Febrero 2014].
[139] A. Castillo y E. Paris, «Reanimación cardiopulmonar pediátrica,» de Manual de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2002.
[140] P. Barrera, «Reanimación Cardiopulmonar en los niños,» Pediatría al día, 27 Enero 2007. [En línea]. Available: http://pediatraldia.cl/reanimacion-cardiopulmonar-en-los-ninos-norma-nacional/. [Último acceso: 25 Febrero 2014].
[141] MINSAL, Manual clínico para servicios de atención primaria de urgencia, Santiago: Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, 2008.
[142] C. Calvo, J. Manrrique, A. Rodríguez y J. López-Herce, «Reanimación cardiopulmonar básica en Pediatría,» Societat Catalan de Pediatría , 03 Febrero 2007. [En línea]. Available: http://www.scpediatria.cat/rcp/wp-content/uploads/rcp-basica.pdf. [Último acceso: 07 Marzo 2014].
[143] American Heart Association, «Highlights of the 2010 American Heart Association. Guidelines for CPR and ECC,» 2010. [En línea]. Available: http://www.heartandstroke.com/atf/cf/%7B99452d8b-e7f1-4bd6-a57d-b136ce6c95bf%7D/KJ-0882%20ECC%20GUIDELINE%20HIGHLIGHTS%202010.PDF. [Último acceso: 03 Febrero 2014].
[144] C. C. y. J. S. Casassas R, Cuidados básicos del niño sano y enfermo IV edición, Santiago: UC, 2011.

[145] S. P. Guerra C, «Uso de la pauta de evaluación de las condiciones de seguridad del hogar entregada a los padres de los lactantes que asisten al centro médico Nuestra Señora de la Paz,» Santiago, 2004.

[146] Ministerio de Salud (MINSAL), « Programa Nacional de Salud de la Infancia,» MINSAL, Santiago, 2013.

[147] M. Carr-Gregg y R. Manocha, «Bullying - effects, prevalence and strategies for detection,» RACGP - Australian Family Physician, vol. 3, nº 40, pp. 98-102, 2011.

[148] MINSAL, «Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental,» MINSAL, Santiago, 2009.

[149] MINSAL, Atención Integral de Niñas/Niños y Adolescentes con Trastorno Hipercinético/ Trastorno de la Atención (THA), Santiago: MINSAL, 2008.

[150] OPS & OMS, Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10), Washington: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud , 2008.

[151] American Academy of Child and Adolescent Psichyatry, «Chidren whith Oppositional Defiant. Facts for Family,» 2011. [En línea]. Available: http://www.aacap.org/galleries/FactsForFamilies/72_children_with_oppositional_defiant_disorder.pdf. [Último acceso: 31 Enero 2014].

[152] OMS, «Overview of the environment and health in europe in the 1990,» 1999. [En línea]. Available: http://www.euro.who.int/document/e66792.pdf . [Último acceso: 22 02 2013].

[153] Children`s Environmental Health Network/Public Institute. , «Training Manual on Pediatric Environmental Health: Putting It Into Practice,» 1999. [En línea]. Available: http://www.cehn.org/files/Manual_Full_Version.pdf. [Último acceso: 22 2 2013].

[154] USEPA, «Integrated science Assesment for particulate matter. National Center for Environmental Assessment RPT, División Office of research and Dewvelopment.,» 2009. [En línea]. Available: http://www.sinia.cl/1292/articles-51242_Integrated_Science.pdf. [Último acceso: 22 02 2013].

[155] Minsal, «Efectos de la Fracción Gruesa (PM10-2.5) del Material Particulado sobre la Salud Humana, Revisión Bibliográfica. Dr. Claudio Vargas 33 pp.,» 2011.

[156] O. I. C. E. V. J. T.-R. M. R. I. Ilabaca M, «J Air Waste Manag Asso.,» de Association between levels of fine particulate and emergency visits for pnuemonia and other respiratory illenesses among children in Santiago, Santiago,Chile, 1999, pp. 54:154-163.

[157] ATSDR, «resúmenes de Salud Pública-Mercurio(Azogue)(Mercury),» Agencia para sustancias Toxicas y Registro de Enfermedades, 1999. [En línea]. Available: http://www.atsdr.cdc.gov/es/phs/es_phs46.html . [Último acceso: 22 2 2013].

[158] WHO , «Mercury Training Module. WHO Training Package for the Health Sector. Geneva, World Health Organization,» 2055. [En línea]. Available: http://www.who.org . [Último acceso: 22 2 2013].

[159] WHO, « Exposure to Mercury: A Major Public Health Concern, World Health Organization.,» 2007. [En línea]. Available: www.who.int/phe/news/Mercury-flyer.pdf. [Último acceso: 22 2 2013].

[160] NCR, «Toxicological effects of methylmercury. National Research Council. National Academy Press, Wahington, DC,» 2000. [En línea]. Available: http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309071402 . [Último acceso: 22 2 2013].

[161] Ministerio de Salud, «Resolución Exenta Nº158 , Aprueba Protocolo de Manejo y Guía Clínicas para la Población Expuesta a Polimetales en la Ciudad de Arica.,» Arica, 2012.

[162] ATSDR, «Toxicological Profile for Arsenic. U.S. Departament of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Toxic Substances and Diseases registry,» 2005. [En línea]. Available: http://www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp2.pdf. [Último acceso: 22 2 2013].

[163] M. d. S. d. Perú, «Resolución Ministerial Nº389/11, Guía Técnica: Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Intoxicación por Arsénico.,» 3 1 2011. [En línea]. Available: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion.

[164] Secretaría Regional Ministerial de Salud de Atacama , « Diagnóstico de la Infancia Región de Atacama Tercera Región.,» 2010. [En línea]. Available: http://info.seremisaludatacama.cl/documents/epidemiologia/Diagnosticos%20de%20salud/Dg%20regional%20de%20la%20infancia.pdf. [Último acceso: 3 1 2013].

[165] ATSDR, « Public Health Service. Agency for Toxic Substances and Diseases registry,» 2007. [En línea]. Available: wwww.atsdr.cdc.gov/es/toxfaqs/es_tfacts13.pdf . [Último acceso: 24 1 2013].
[166] H. Canada, «Guidelines for Canadian Drinking Water Quality: GUIDELINE Technical Document Arsenic. Federal Provincial Territorial Committee on Drinking Water of the Federal Provincial Territorial Committee on the health and the Environment,» (2006). [En línea]. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/water-eau/arsenic/index-eng.php. [Último acceso: 3 1 2013].
[167] MINSAL, « Decreto Supremo Nª735 de 1989, Publicado en el Diario Oficial de 19 de Diciembre de 1969 y Actualizado Según decreto Nº131 de 2006 publicado en el Diario Oficial de 26 de Marzo de 2003,» santiago, 2003.
[168] A. M. M. A. H. O. R. D. I. A. Abdel GM, «Effects of occupational pesticide exposure on children applying pesticides. Neurotoxicology,» National Institute of Environmental Health Sciences, vol. 29, nº 5, pp. 833-838, 2008.
[169] M. MT, Evaluación de la exposición a plaguicidas órgano-fosforados en escolares de la provincia de Talca: Identificación de factores de riesgos asociados (Tesis Doctoral), Talca: Universidad de Chile, 2013.
[170] K. M. M. R. Sanchez P, «The effects of organophosphate pesticide exposure on hispanic children's cognitive and behavioral functioning.,» J Pediatric Psychol, vol. 33, nº 1, pp. 91-10, 2008.
[171] R. R. Ramírez V, «Estandarización del WISC-III en Chile: Descripción del test, estructura factorial y consistencia interna de las escalas.Psykhe,» Scielo, vol. 16, nº 1, pp. 91-109, 2007.
[172] MINSAL , «Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años,» Santiago, 2008.
[173] L. K. Pickering, Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases, AAP Committee on Infectious Diseases, 2009.
[174] 1. C. (. G. d. Intoxicaciones, «Guías de Intoxicaciones,» 2012. [En línea]. Available: http://escuela.med.puc.cl/publ/GuiaIntoxicaciones/manejo.html. [Último acceso: 22 2 2013].
[175] V. R. B. J. e. a. Hudson PJ, «Exposición a mercurio entre hijos de trabajadores en una planta de termómetros,» Pediatrics, nº 79, pp. 935-938, 1978.
[176] F. B. C. I. Rose KL, Leyes sobre menores de importancia mayor, Dubuque:Cendall/hunt, 1994.
[177] G. LR, «La presentación clínica de los problemas de la salud ambiental y el rol de los pediatras,» Pediatric Clinics of North America, nº 48, pp. 1085-1098, 2001.
[178] Ministerio de Salud, Norma para el optimo desarrollo de programas de pesquisa neonatal de Chile, Santiago: MINSAL, DIPRECE, 2012.
[179] MINSAL, «Manual del Programa Nacional de alimentación complementaria del niños prematuro externo,» MINSAL, Santiago, 2003.
[180] MINSAL, Manual de Programa Alimentarios, Santiago: MINSAL, 2011.
[181] V. Cornejo y E. Paiman, «Diagnóstico, clínica y tratamiento de la PKU,» Revista Chilena de Nutrición, vol. 1, nº 31, pp. 25-30, 2004.
[182] Nota Metodológica para equipos de salud de atención primaria y maternidad ¡Las experiencias tempranas importan mucho!, Santiago: Chile Crece Contigo, 2012.
[183] MINSAL, «Anexo 16. Tipos de esfigmomanómetro: Recomendaciones» de documento,» de Programa de capacitación: Medición de la presión arterial Guía para el instructor, Santiago, Ministerio de Salud, 2012, pp. 40-46.



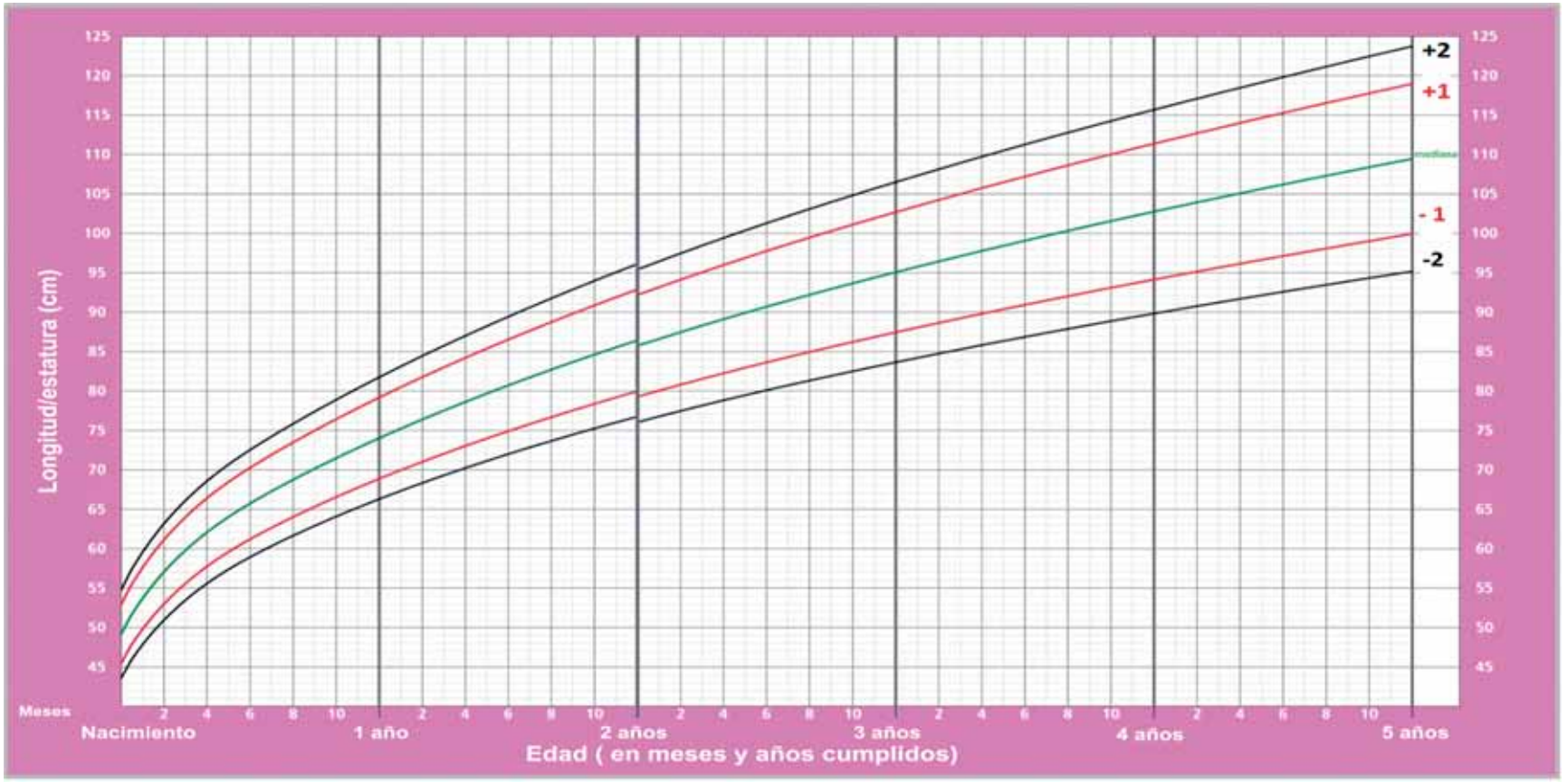
ANEXOS

1. INTERPRETACIÓN DE LOS VALORES ANTROPOMÉTRICOS DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS

a) Gráfico longitud/ estatura por edad (desde el nacimiento a los 5 años)

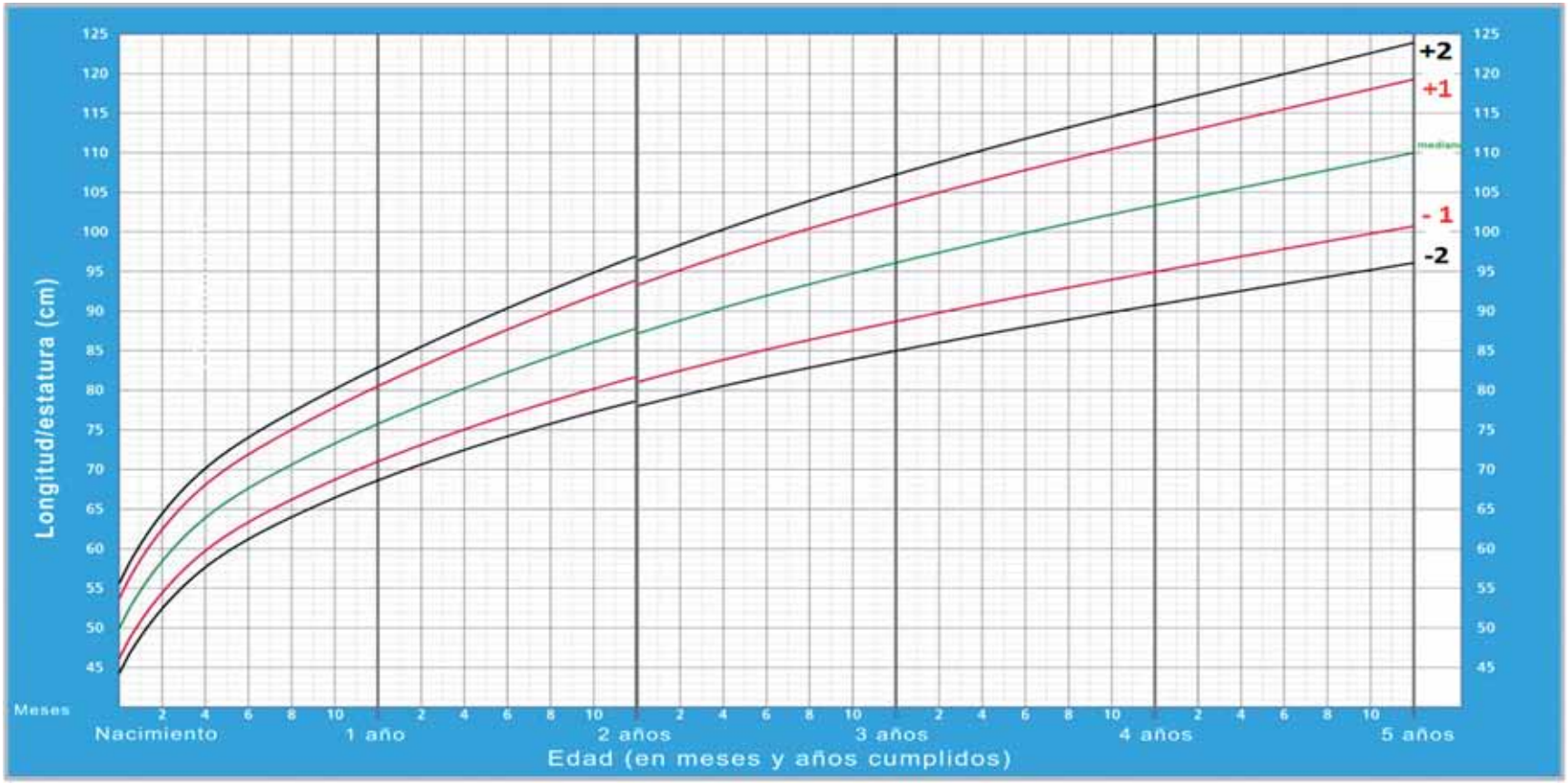
Niñas

Fuente: Organización Mundial de la Salud, «Patrones de crecimiento infantil» Sin Data. [En línea]. Available: http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_lhfa_ninas_z_0_5.pdf?ua=1. [Último acceso: Febrero 2014].



Niños

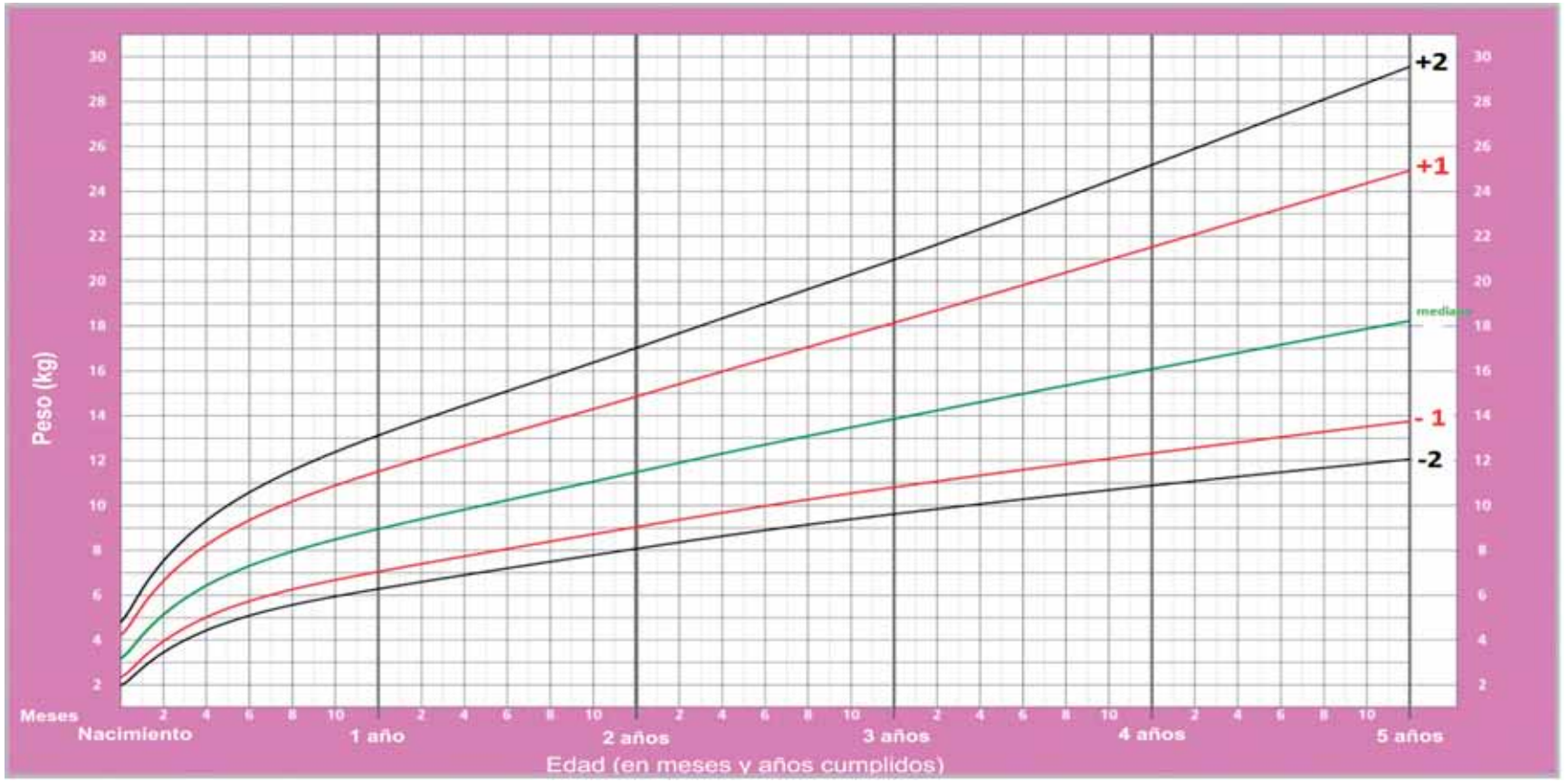
Fuente: Organización Mundial de la Salud, «Patrones de crecimiento infantil» Sin Data. [En línea]. Available: http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_lhfa_ninos_z_0_5.pdf. [Último acceso: Febrero 2014].



b) Gráfico peso por edad (desde el nacimiento a los 5 años)

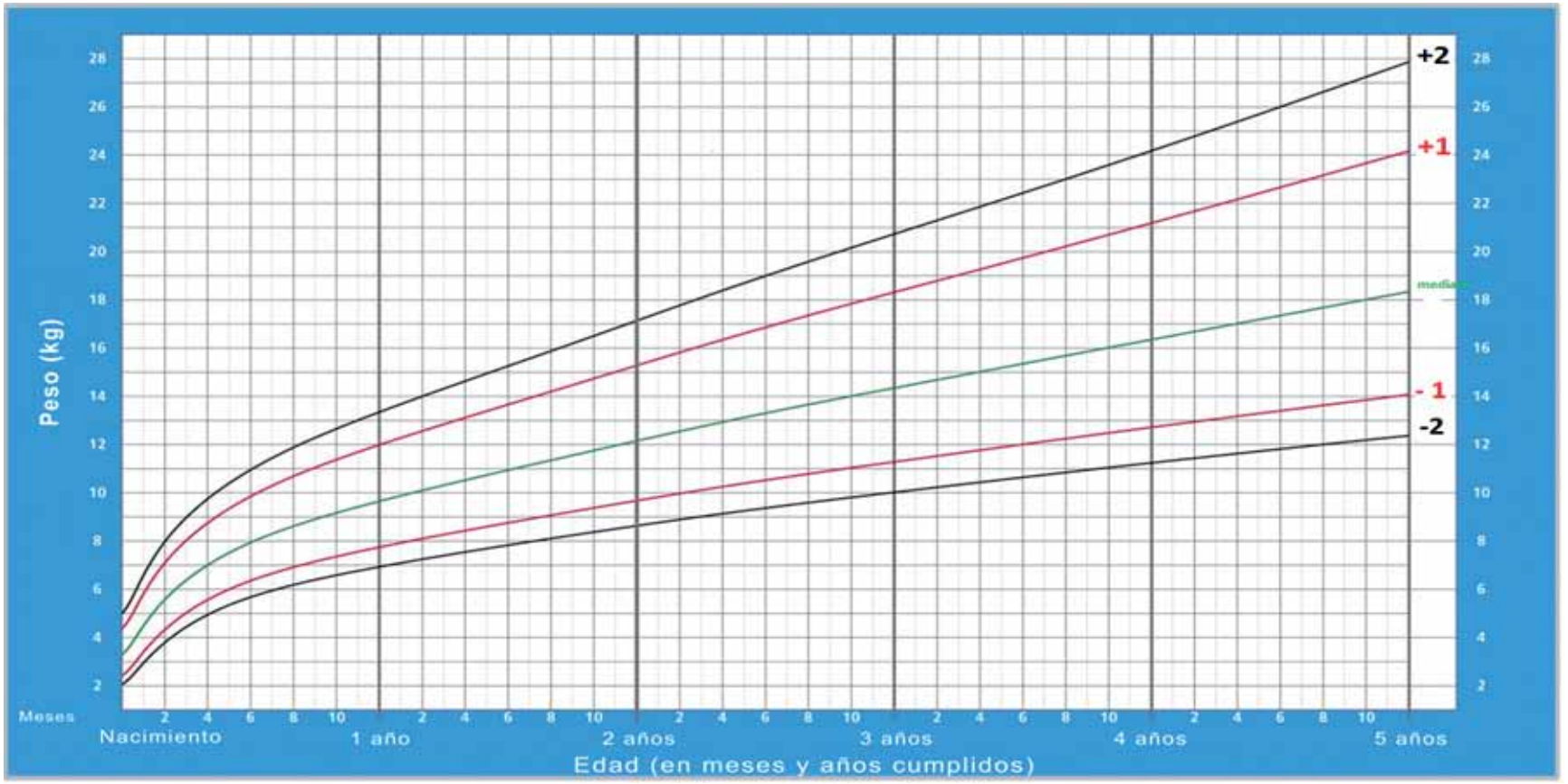
Niñas

Fuente: Organización Mundial de la Salud, «Patrones de crecimiento infantil» Sin Data. [En línea]. Available: http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfa_ninas_z_0_5.pdf?ua=1. [Último acceso: Febrero 2014].



Niños

Fuente: Organización Mundial de la Salud, «Patrones de crecimiento infantil» Sin Data. [En línea]. Available: http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfa_ninos_z_0_5.pdf?ua=1. [Último acceso: Febrero 2014].



c) Peso para la longitud (Nacimiento a 2 años)

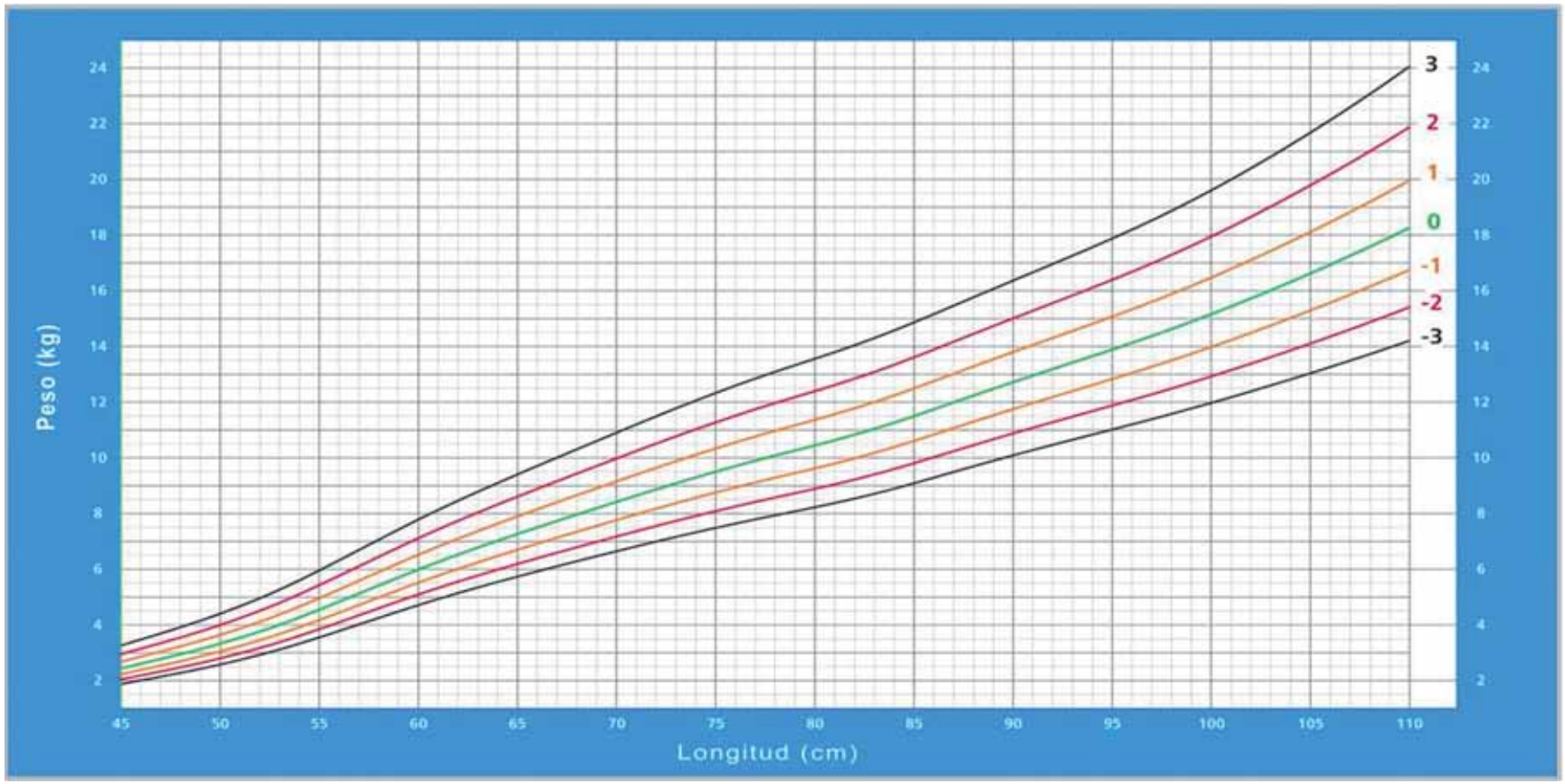
Niñas

Fuente: Organización Mundial de la Salud, «Patrones de crecimiento infantil» Sin Data. [En línea]. Available: http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfl_ninas_z_0_2.pdf?ua=1. [Último acceso: Febrero 2014].



Niños

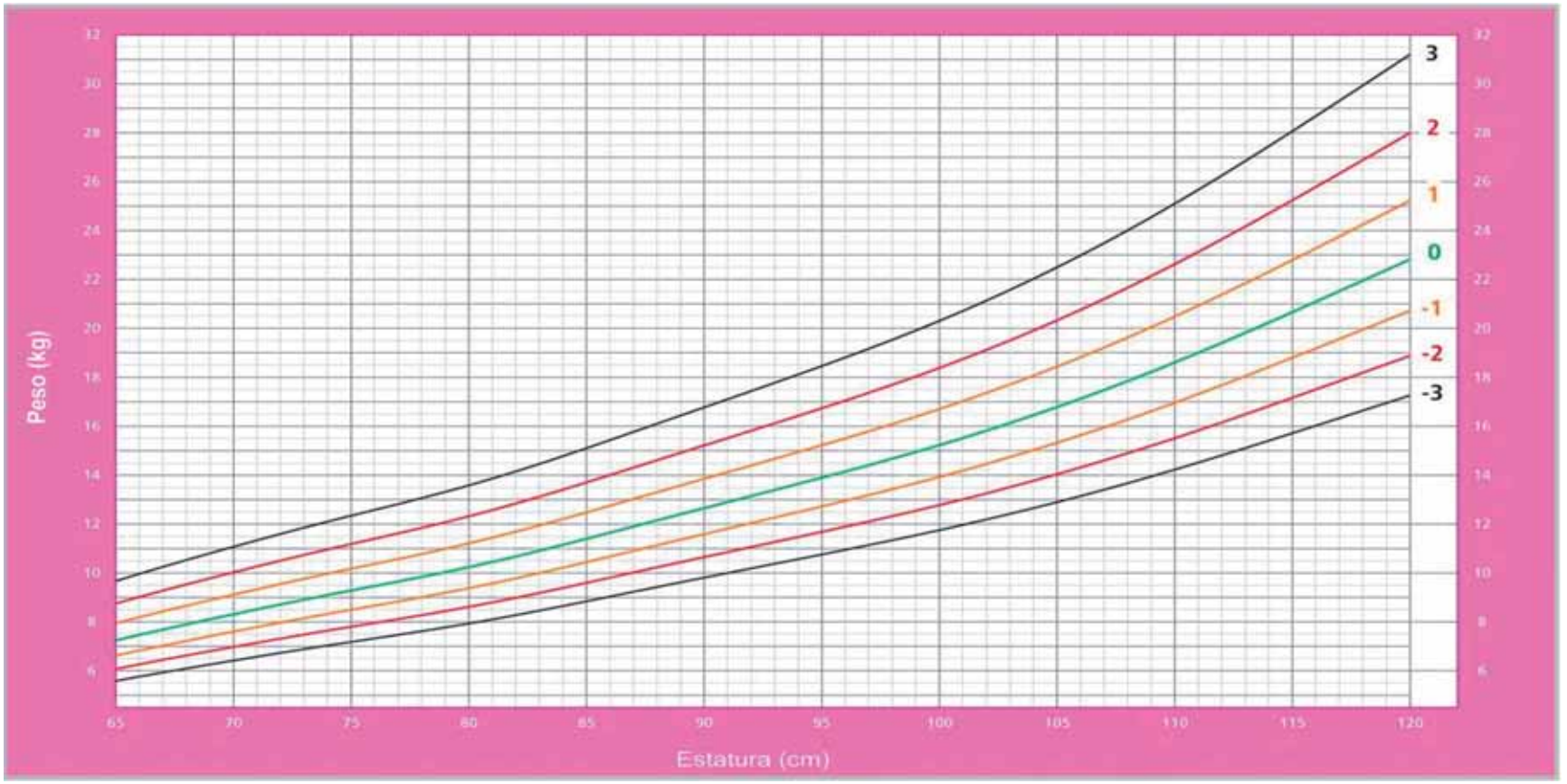
Fuente: Organización Mundial de la Salud, «Patrones de crecimiento infantil» Sin Data. [En línea]. Available: http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfl_ninos_z_0_2.pdf?ua=1. [Último acceso: Febrero 2014].



d) Peso para estatura (2 a los 5 años)

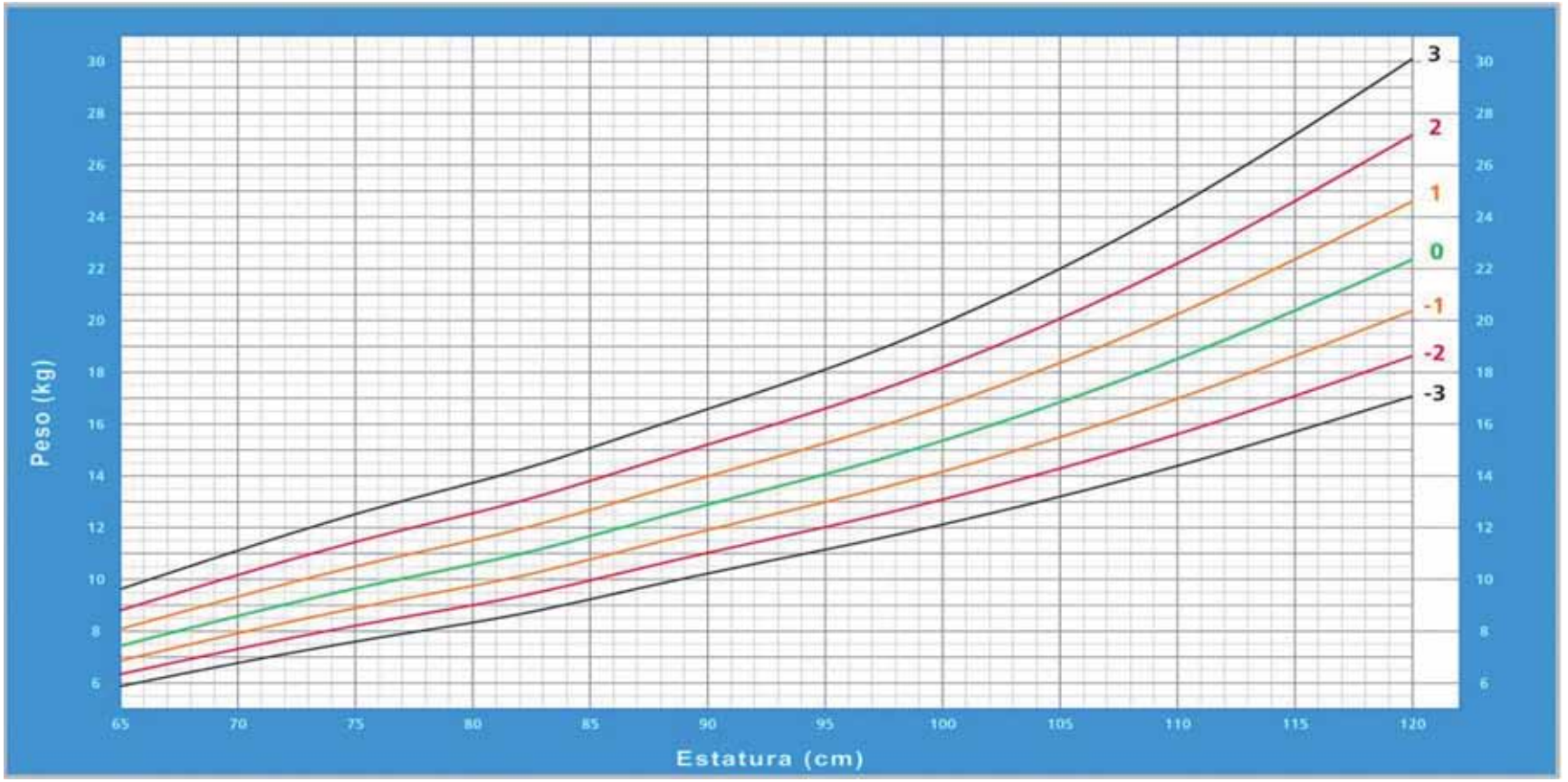
Niñas

Fuente: Organización Mundial de la Salud, «Patrones de crecimiento infantil» Sin Data. [En línea]. Available: http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfh_ninas_z_2_5.pdf. [Último acceso: Febrero 2014].



Niños

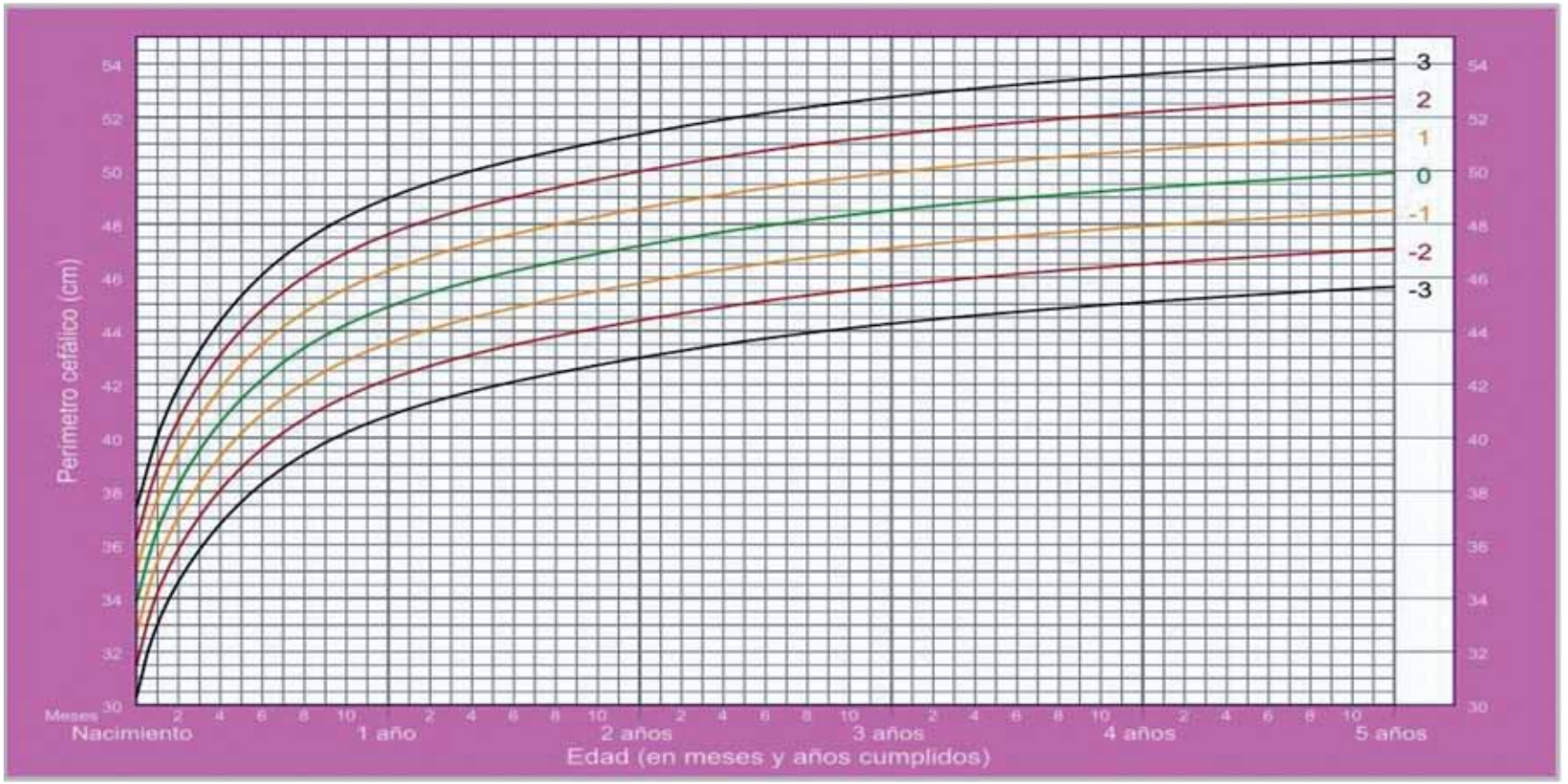
Fuente: Organización Mundial de la Salud, «Patrones de crecimiento infantil» Sin Data. [En línea]. Available: http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfh_ninos_p_2_5.pdf. [Último acceso: Febrero 2014].



e) Perímetro Cefálico (0 a 5 años)

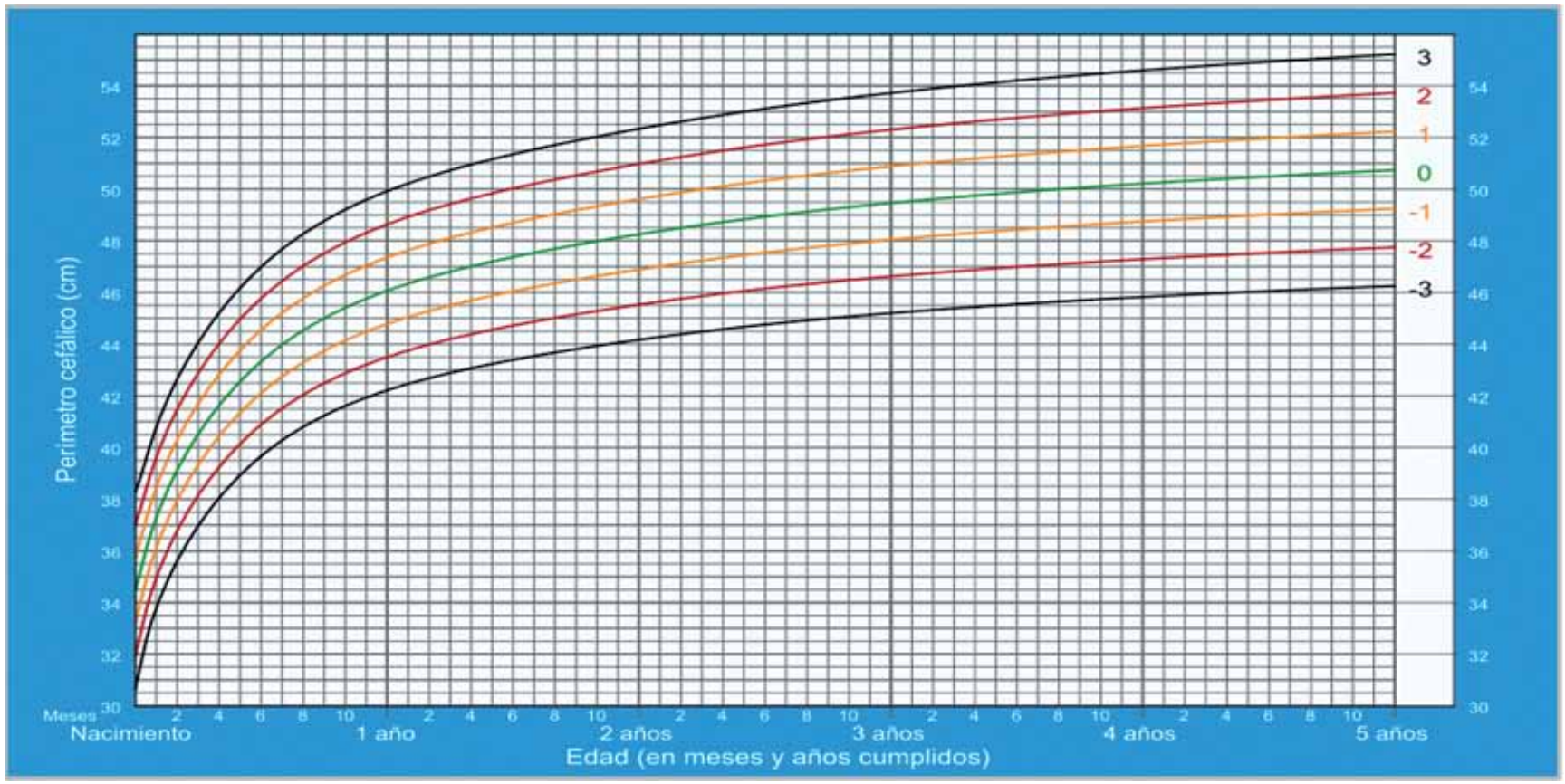
Niñas

Fuente: Organización Mundial de la Salud, «Patrones de crecimiento infantil» Sin Data. [En línea]. Available: http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/cht_hcfa_ninas_z_0_5.pdf?ua=1. [Último acceso: Febrero 2014].



Niños

Fuente: Organización Mundial de la Salud, «Patrones de crecimiento infantil» Sin Data. [En línea]. Available: http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/cht_hcfa_ninos_z_0_5.pdf [Último acceso: Febrero 2014].



2. INTERPRETACIÓN DE LOS VALORES ANTROPOMÉTRICOS DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 10 AÑOS

a) Indice de masa corporal por edad

Niñas

Edad Años	Percentiles							
	p5	p10	p25	p50	p75	p85	p90	p95
6,0	13,2	13,8	14,4	15,2	16,3	17,1	17,7	18,8
6,5	13,2	13,8	14,4	15,3	16,5	17,4	18,0	19,2
7,0	13,2	13,8	14,5	15,4	16,7	17,6	18,3	19,6
7,5	13,2	13,9	14,6	15,6	17,0	17,9	18,7	20,1
8,0	13,3	14,0	14,7	15,8	17,3	18,3	19,1	20,6
8,5	13,4	14,1	14,9	16,0	17,6	18,7	19,6	21,2
9,0	13,5	14,2	15,1	16,3	18,0	19,2	20,0	21,8
9,5	13,6	14,4	15,3	16,6	18,3	19,5	20,5	22,4
10,0	13,7	14,6	15,5	16,8	18,7	19,9	21,0	22,9
10,5	13,9	14,7	15,7	17,2	19,1	20,4	21,5	23,5
11,0	14,1	14,9	16,0	17,4	19,5	20,8	22,0	24,1
11,5	14,3	15,2	16,2	17,8	19,8	21,4	22,5	24,7
12,0	14,5	15,4	16,5	18,1	20,2	21,8	22,9	25,2
12,5	14,7	15,6	16,8	18,4	20,6	22,2	23,4	25,7
13,0	14,9	15,9	17,1	18,7	21,0	22,5	23,9	26,3
13,5	15,2	16,2	17,4	19,0	21,3	22,9	24,3	26,7
14,0	15,4	16,4	17,6	19,4	21,7	23,3	24,6	27,3
14,5	15,6	16,7	17,9	19,6	22,0	23,7	25,1	27,7
15,0	15,9	16,9	18,2	19,9	22,3	24,0	25,4	28,1

Niños

Edad Años	Percentiles							
	p5	p10	p25	p50	p75	p85	p90	p95
6,0	13,8	13,9	14,6	15,4	16,4	17,0	17,5	18,4
6,5	13,7	14,0	14,6	15,5	16,5	17,2	17,7	18,7
7,0	13,7	14,0	14,6	15,5	16,6	17,4	18,0	19,1
7,5	13,7	14,1	14,7	15,6	16,8	17,6	18,4	19,6
8,0	13,7	14,2	14,8	15,8	17,0	17,9	18,7	20,1
8,5	13,8	14,3	14,9	16,0	17,3	18,3	19,1	20,5
9,0	13,9	14,4	15,1	16,2	17,6	18,6	19,5	21,1
9,5	14,0	14,5	15,3	16,4	17,9	19,0	19,9	21,6
10,0	14,2	14,6	15,5	16,6	18,2	19,4	20,3	22,1
10,5	14,3	14,8	15,7	16,9	18,6	19,8	20,7	22,6
11,0	14,5	15,0	15,9	17,2	18,9	20,2	21,2	23,2
11,5	14,7	15,2	16,2	17,5	19,3	20,6	21,6	23,7
12,0	14,9	15,4	16,5	17,8	19,7	21,0	22,1	24,2
12,5	15,2	15,7	16,7	18,2	20,1	21,4	22,6	24,7
13,0	15,4	16,0	17,0	18,4	20,4	21,8	23,0	25,1
13,5	15,7	16,2	17,3	18,8	20,8	22,2	23,5	25,6
14,0	15,9	16,5	17,6	19,2	21,2	22,6	23,8	26,0
14,5	16,2	16,8	17,9	19,5	21,6	23,0	24,2	26,5
15,0	16,5	17,2	18,2	19,8	21,9	23,4	24,6	26,8

b) Talla por edad

Niñas

Edad Años	Percentiles							
	p5	p10	p25	p50	p75	p85	p90	p95
6,0	106,8	108,6	111,5	115,0	118,5	121,8	123,9	125,2
6,5	110,0	111,8	114,9	118,4	122,1	125,5	127,6	129,0
7,0	113,0	114,9	118,0	121,7	125,5	129,1	131,2	132,7
7,5	115,9	117,8	121,1	124,8	128,8	132,4	134,7	136,1
8,0	118,5	120,5	123,9	127,8	131,8	135,6	137,8	139,4
8,5	120,9	123,0	126,5	130,5	134,7	138,5	140,8	142,4
9,0	123,2	125,3	128,9	133,1	137,4	141,3	143,7	145,3
9,5	125,3	127,5	131,3	135,6	140,0	144,1	146,6	148,2
10,0	127,4	129,7	133,7	138,2	142,8	147,0	149,6	151,2
10,5	129,7	132,1	136,3	141,0	145,8	150,1	152,8	154,5
11,0	132,4	134,9	139,3	144,2	149,1	153,6	156,3	158,1
11,5	135,6	138,3	142,8	147,8	152,8	157,3	160,0	161,7
12,0	139,2	141,9	146,4	151,4	156,4	160,8	163,4	165,1
12,5	142,8	145,4	149,9	154,7	159,5	163,8	166,3	168,0
13,0	145,8	148,4	152,6	157,3	161,9	166,1	168,5	170,1
13,5	148,1	150,5	154,6	159,2	163,7	167,7	170,2	171,7
14,0	149,6	152,0	156,0	160,4	164,9	168,9	171,3	172,8
14,5	150,6	152,9	156,9	161,3	165,7	169,7	172,0	173,6
15,0	151,2	153,6	157,5	161,8	166,2	170,2	172,6	174,1

Niños

Edad Años	Percentiles							
	p5	p10	p25	p50	p75	p85	p90	p95
6,0	107,3	109,1	112,2	115,6	119,0	122,1	123,9	125,1
6,5	110,2	112,1	115,3	118,8	122,4	125,5	127,4	128,7
7,0	113,1	115,1	118,3	122,0	125,6	129,0	131,0	132,3
7,5	116,0	118,0	121,3	125,1	128,9	132,3	134,4	135,8
8,0	118,8	120,8	124,2	128,1	132,0	135,6	137,8	139,2
8,5	121,3	123,4	127,0	130,9	135,0	138,7	141,0	142,5
9,0	123,7	125,9	129,6	133,7	137,9	141,7	144,1	145,6
9,5	126,0	128,2	132,0	136,3	140,6	144,6	147,0	148,6
10,0	128,1	130,4	134,4	138,8	143,3	147,4	149,9	151,5
10,5	130,2	132,6	136,6	141,2	145,8	150,1	152,6	154,3
11,0	132,3	134,8	139,0	143,7	148,5	152,8	155,5	157,7
11,5	134,7	137,2	141,5	146,3	151,2	155,8	158,5	160,3
12,0	137,3	139,9	144,3	149,3	154,3	159,0	161,8	163,7
12,5	140,2	142,9	147,5	152,6	157,8	162,6	165,5	167,4
13,0	143,5	146,3	151,1	156,4	161,7	166,5	169,4	171,3
13,5	150,5	153,6	158,6	164,1	169,5	174,2	177,0	178,8
14,0	153,8	156,9	162,0	167,4	172,7	177,3	180,0	181,1
14,5	156,6	159,7	164,7	170,1	175,3	179,8	182,4	184,1
15,0	158,9	162,0	166,9	172,1	177,2	181,6	184,1	185,8

c) Tablas de perímetro de cintura (desde 2 a 18 años)

Fuente: Fernández, J; Redden, D; Pietrobelli, A; Allison, D, «Waist circumference percentiles in national representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents» 2004. [En línea]. Available: http://www.nutricion.sochipe.cl/subidos/catalogo3/Percentiles_cintura_infantojuvenil.pdf. [Último acceso: Febrero 2014]

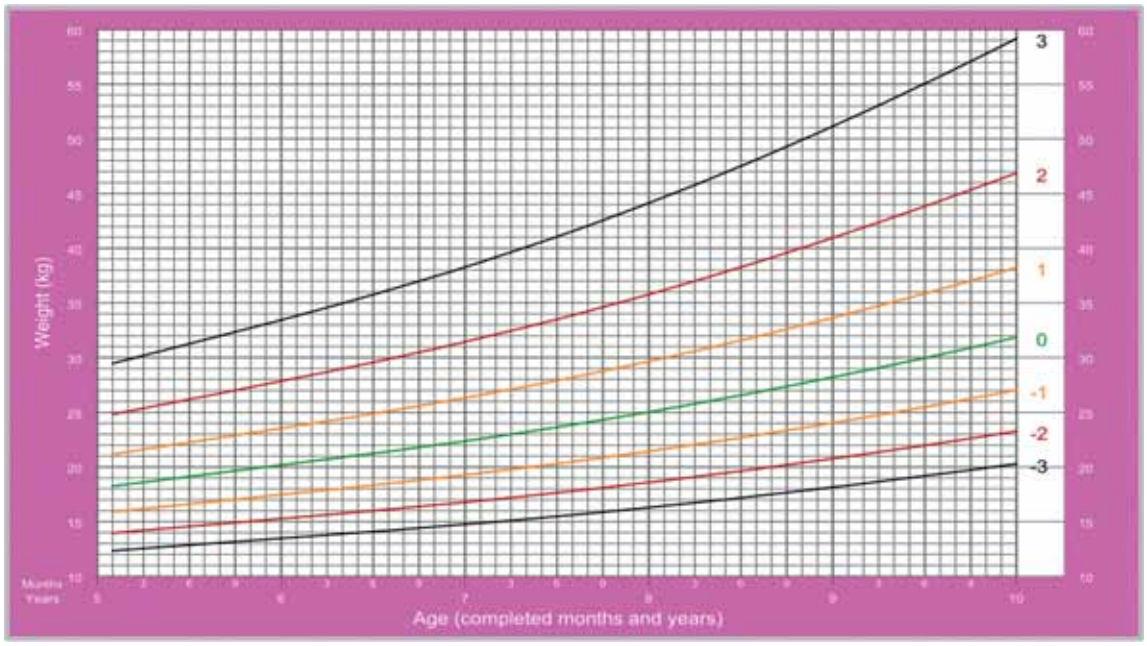
Edad (años)	Hombres					Mujeres				
	p10	p25	p50	p75	p90	p10	p25	p50	p75	p90
2	43,2	45,0	47,1	48,8	50,8	43,8	45,0	47,1	49,5	52,2
3	44,9	46,9	49,1	51,3	54,2	45,4	46,7	49,1	51,9	55,3
4	46,6	48,7	51,1	53,9	57,6	46,9	48,4	51,1	54,3	58,3
5	48,4	50,6	53,2	56,4	61,0	48,5	50,1	53,0	56,7	61,4
6	50,1	52,4	55,2	59,0	64,4	50,1	51,8	55,0	59,1	64,4
7	51,8	54,3	57,2	61,5	67,8	51,6	53,5	56,9	61,5	67,5
8	53,5	56,1	59,3	64,1	71,2	53,2	55,2	58,9	63,9	70,5
9	55,3	58,0	61,3	66,6	74,6	54,8	56,9	60,8	66,3	73,6
10	57,0	59,8	63,3	69,2	78,0	56,3	58,6	62,8	68,7	76,6
11	58,7	61,7	65,4	71,7	81,4	57,9	60,3	64,8	71,1	79,7
12	60,5	63,5	67,4	74,3	84,8	59,5	62,0	66,7	73,5	82,7
13	62,2	65,4	69,5	76,8	88,2	61,0	63,7	68,7	75,9	85,8
14	63,9	67,2	71,5	79,4	91,6	62,6	65,4	70,6	78,3	88,8
15	65,6	96,1	73,5	81,9	95,0	64,2	67,1	72,6	80,7	91,9
16	67,4	70,9	75,6	84,5	98,4	65,7	68,8	74,6	83,1	94,9
17	69,1	72,8	77,6	87,0	101,8	67,3	70,5	76,5	85,5	98,0
18	70,8	74,6	79,6	89,6	105,2	68,9	72,2	78,5	87,9	101,0

3. CURVAS OMS DE PESO, TALLA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 5 A 19 AÑOS

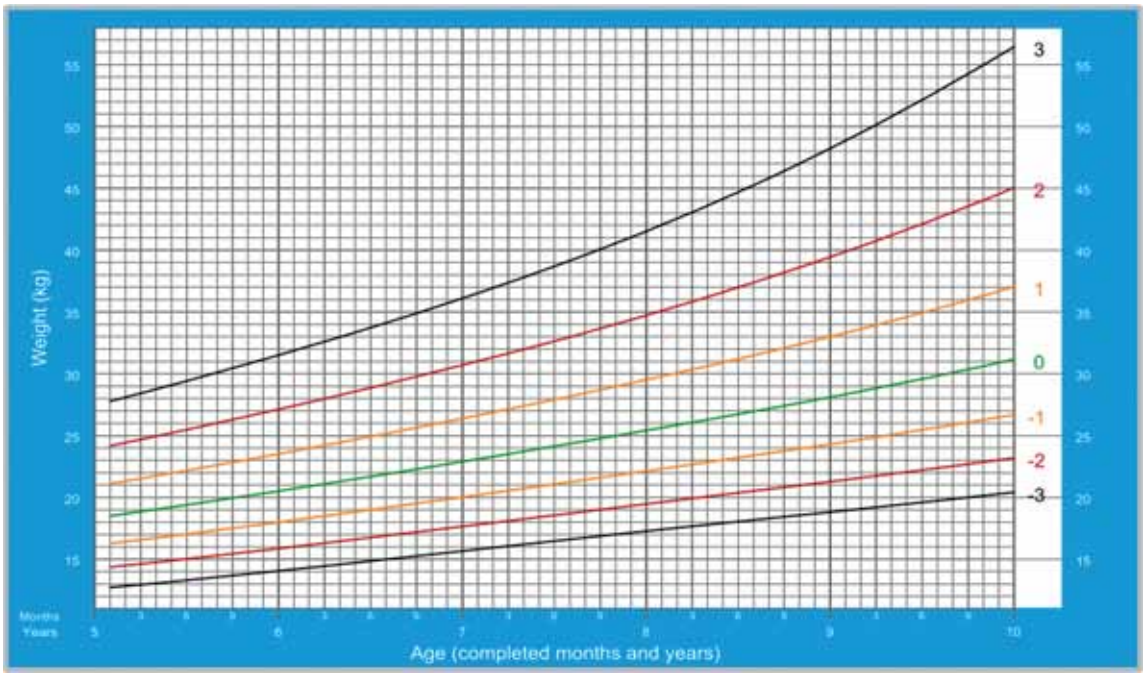
Fuente: Organización Mundial de la Salud, «Growth reference data for 5-19 years» Sin Data. [En línea]. Available: http://www.who.int/growthref/en/. [Último acceso: Febrero 2014].

Peso por edad (5 a 19 años)

Niñas

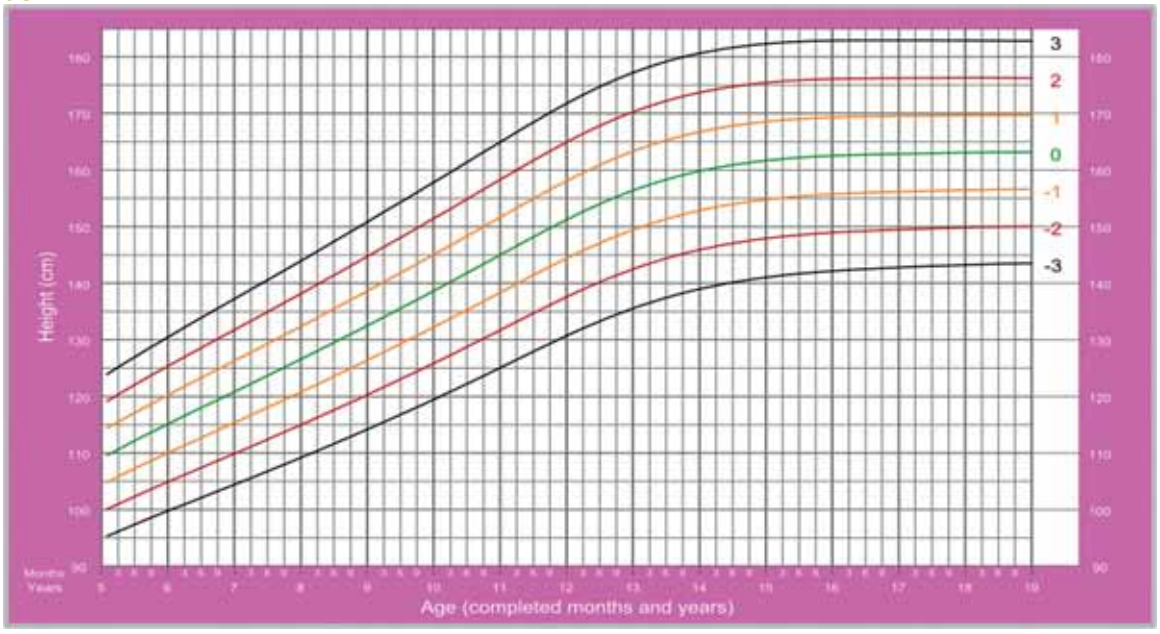


Niños

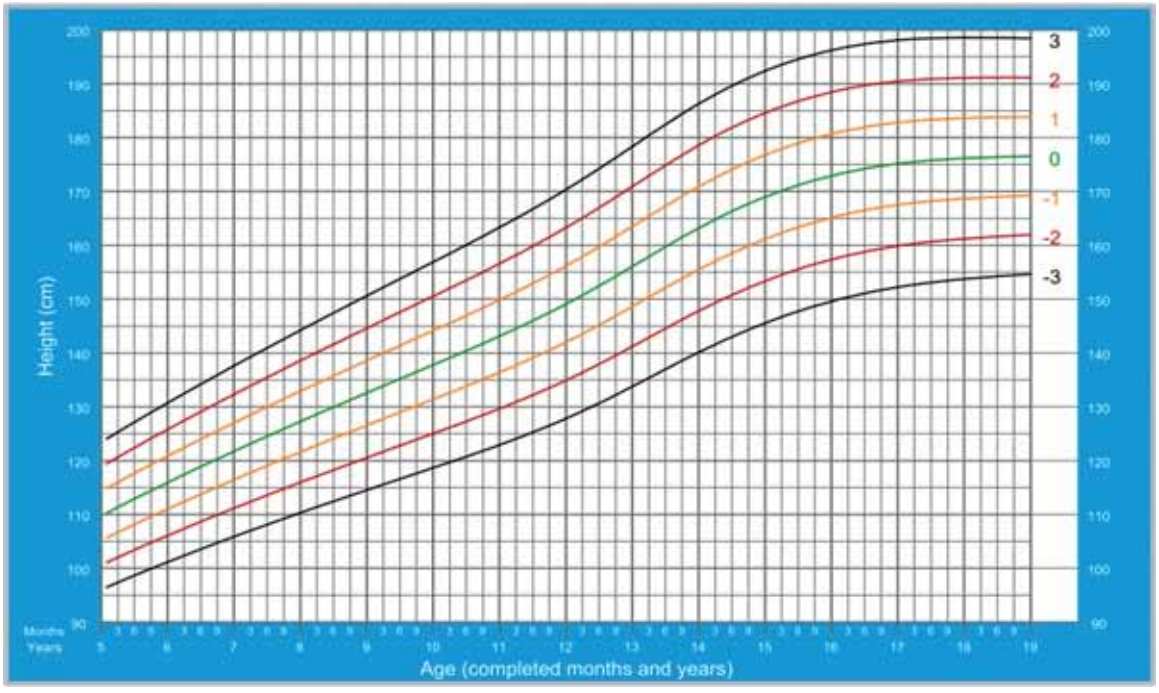


Estatura por edad (5 a 19 años)

Niñas

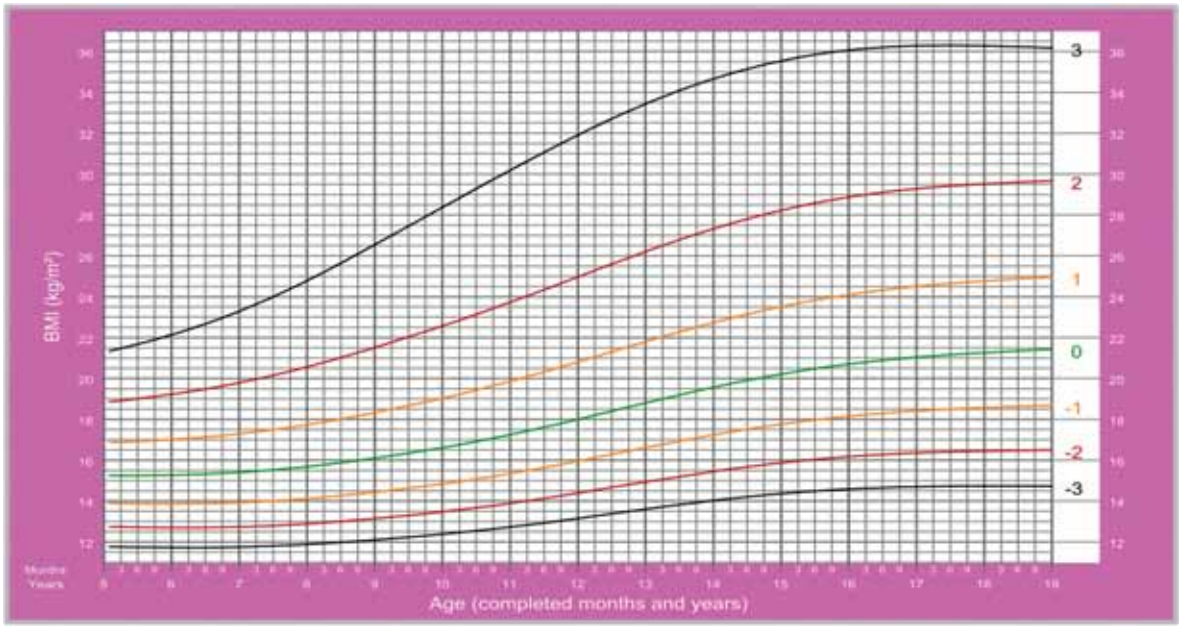


Niños

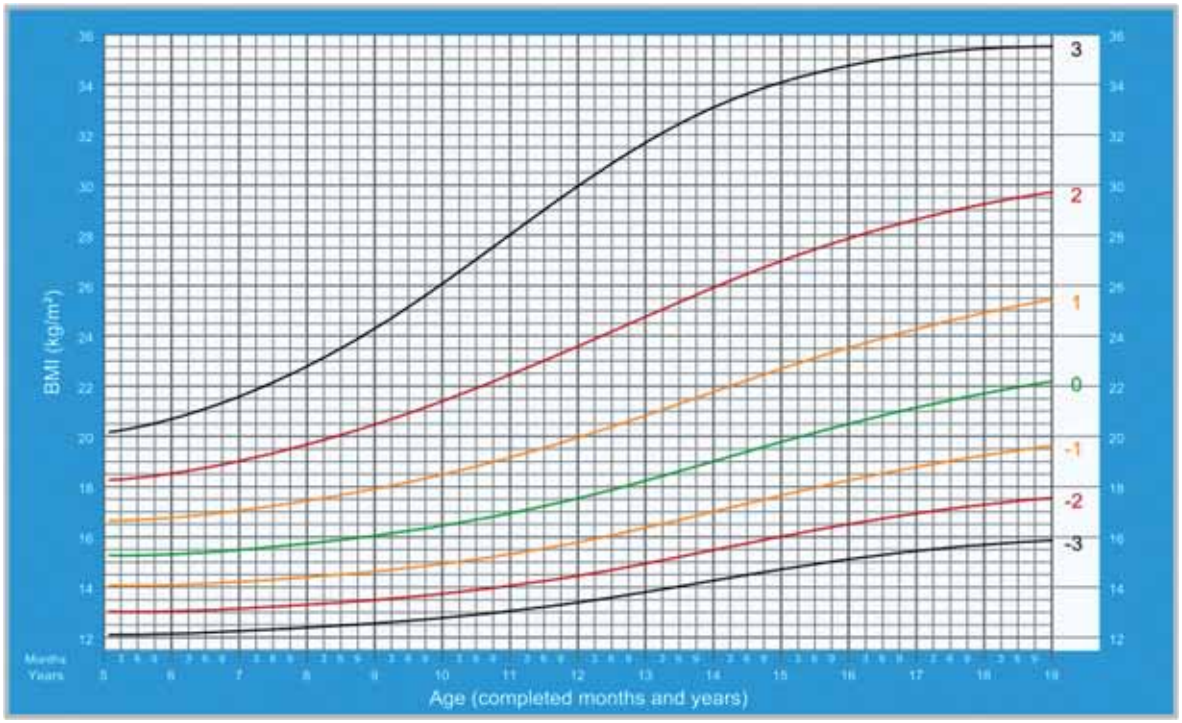


IMC (5 a 19 años)

Niñas



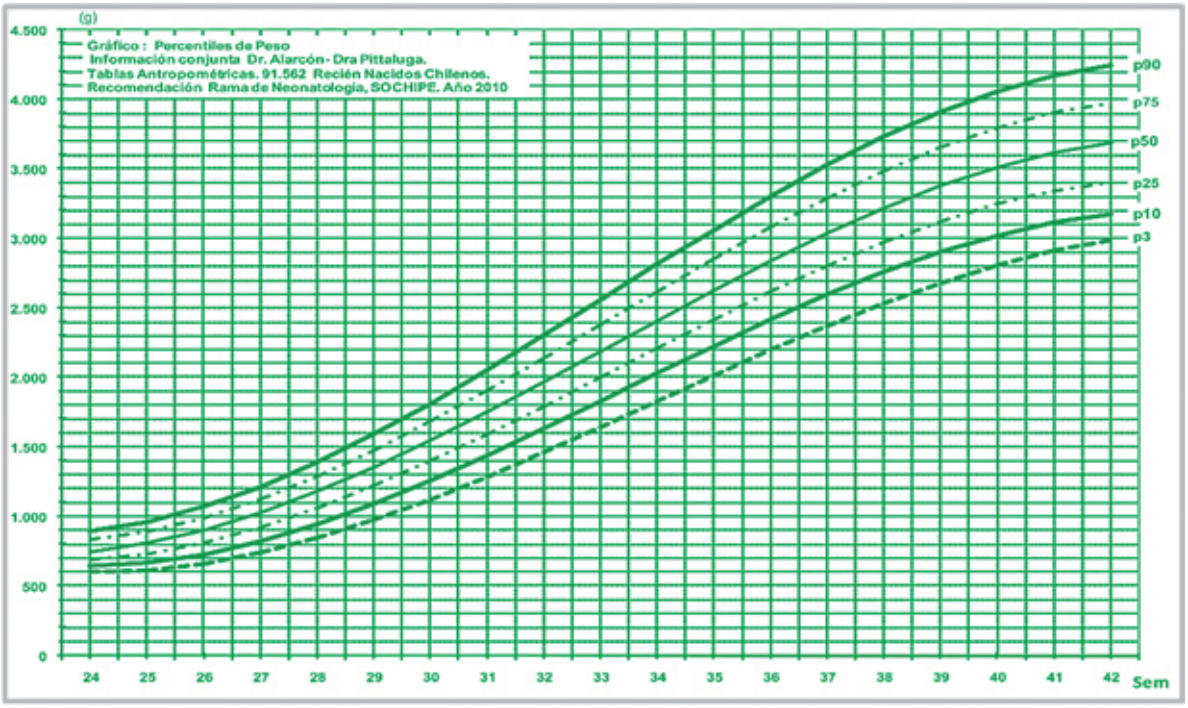
Niños



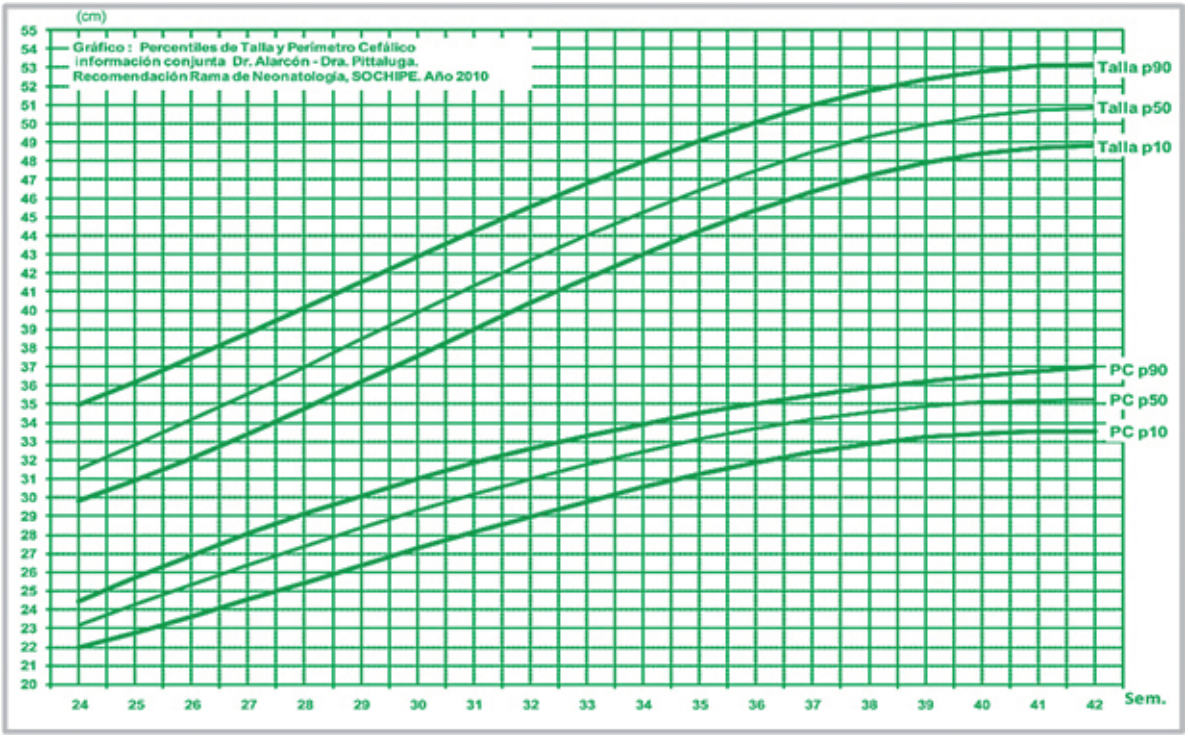
4. CURVAS DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO NACIONALES (PREMATUROS)

Fuente: Rama de Neonatología SOCHIPE, «Recomendación sobre Curvas de Crecimiento Intrauterino» Sin Data. [En línea]. Available: http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v81n3/art11.pdf. [Último acceso: Febrero 2014].

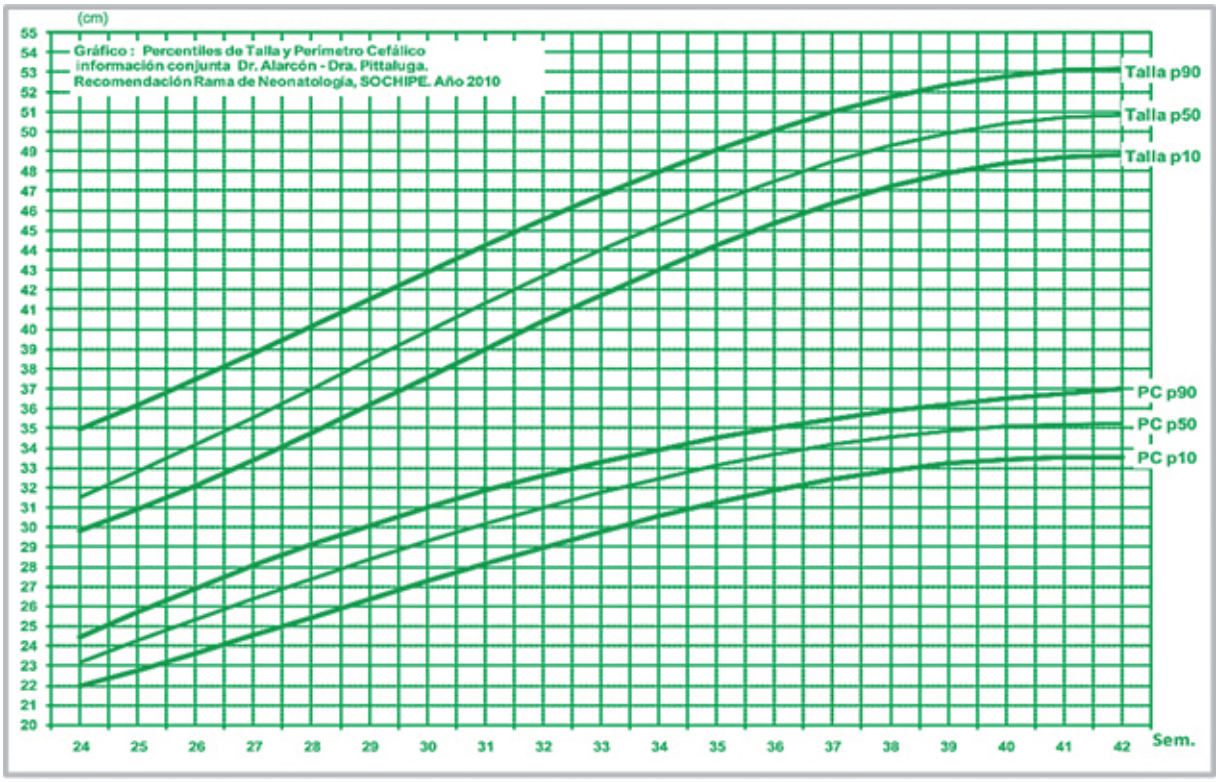
Percentiles de peso según edad gestacional



Percentiles de talla y perímetro craneano según edad gestacional



Percentiles de índice ponderal según edad gestacional



5. PRESIÓN ARTERIAL

Fuente: Adaptación Lagomarsimo, E., Sahie, C., Aglony, M. «Recomendación de Ramas: Actualizaciones en el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en Pediatría. Rama de Nefrología, Sociedad Chilena de Pediatría» 2008. [En línea]. Available: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000100010 [Último acceso: Febrero 2014]. Adaptación de National Heart, Lung and Blood Institute, «Blood Pressure Tables for Children and Adolescents» 2004. [En línea]. Available: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/child_tbl.htm. [Último acceso: Febrero 2014].

Niñas

Edad (años)	Presión arterial		Presión arterial sistólica							Presión arterial diastólica						
			<< Percentil por estatura o longitud >>							<< Percentil por estatura o longitud >>						
	P	Estado	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95
2		**centímetros**	**79,6**	**80,9**	**83,0**	**85,4**	**87,7**	**89,9**	**91,1**	**79,6**	**80,9**	**83,0**	**85,4**	**87,7**	**89,9**	**91,1**
	50	Normal	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90	Prehipertensión	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	Hipertensión etapa 1	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	Hipertensión etapa 2	114	115	116	117	119	120	121	74	74	75	75	76	77	77
3		**centímetros**	**87,8**	**89,2**	**91,6**	**94,2**	**96,9**	**99,3**	**100,8**	**87,8**	**89,2**	**91,6**	**94,2**	**96,9**	**99,3**	**100,8**
	50	Normal	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90	Prehipertensión	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	Hipertensión etapa 1	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	Hipertensión etapa 2	116	116	118	119	120	121	122	78	78	79	79	80	81	81
4		**centímetros**	**94,0**	**95,6**	**98,1**	**101,0**	**104,0**	**106,8**	**108,4**	**94,0**	**95,6**	**98,1**	**101,0**	**104,0**	**106,8**	**108,4**
	50	Normal	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90	Prehipertensión	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	Hipertensión etapa 1	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	Hipertensión etapa 2	117	118	119	120	122	123	124	81	81	81	82	83	84	84
5		**centímetros**	**100,4**	**102,0**	**104,8**	**108,0**	**111,2**	**114,3**	**116,1**	**100,4**	**102,0**	**104,8**	**108,0**	**111,2**	**114,3**	**116,1**
	50	Normal	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90	Prehipertensión	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	Hipertensión etapa 1	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	Hipertensión etapa 2	119	119	121	122	123	125	125	83	83	84	84	85	86	86
6		**centímetros**	**106,9**	**108,6**	**111,6**	**115,0**	**118,6**	**121,9**	**123,9**	**106,9**	**108,6**	**111,6**	**115,0**	**118,6**	**121,9**	**123,9**
	50	Normal	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90	Prehipertensión	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	Hipertensión etapa 1	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	75
	99	Hipertensión etapa 2	120	121	122	124	125	126	127	85	85	85	86	87	88	88
7		**centímetros**	**113,1**	**114,9**	**118,1**	**121,8**	**125,6**	**129,1**	**131,3**	**113,1**	**114,9**	**118,1**	**121,8**	**125,6**	**129,1**	**131,3**
	50	Normal	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90	Prehipertensión	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	Hipertensión etapa 1	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	Hipertensión etapa 2	122	123	124	125	127	128	129	86	86	87	87	88	89	89

Edad (años)	Presión arterial		Presión arterial sistólica							Presión arterial diastólica						
			<< Percentil por estatura o longitud >>							<< Percentil por estatura o longitud >>						
	P	Estado	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95
8		**centímetros**	**113,1**	**114,9**	**118,1**	**121,8**	**125,6**	**129,1**	**131,3**	**113,1**	**114,9**	**118,1**	**121,8**	**125,6**	**129,1**	**131,3**
	50	Normal	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90	Prehipertensión	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	Hipertensión etapa 1	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	Hipertensión etapa 2	124	125	126	127	128	130	130	87	87	88	88	89	90	91
9		**centímetros**	**123,2**	**125,3**	**129,0**	**133,1**	**137,4**	**141,4**	**143,8**	**123,2**	**125,3**	**129,0**	**133,1**	**137,4**	**141,4**	**143,8**
	50	Normal	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90	Prehipertensión	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	Hipertensión etapa 1	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	Hipertensión etapa 2	126	126	128	129	130	132	132	88	88	89	89	90	91	92
10		**centímetros**	**127,5**	**129,8**	**133,7**	**138,2**	**142,8**	**147,0**	**149,6**	**127,5**	**129,8**	**133,7**	**138,2**	**142,8**	**147,0**	**149,6**
	50	Normal	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90	Prehipertensión	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	Hipertensión etapa 1	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	Hipertensión etapa 2	128	128	130	131	132	134	134	89	89	90	91	91	92	93

Niños

Edad (años)	Presión arterial		Presión arterial sistólica							Presión arterial diastólica						
			<< Percentil por estatura o longitud >>							<< Percentil por estatura o longitud >>						
	P	Estado	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95
2		**centímetros**	**81,1**	**82,4**	**84,5**	**86,9**	**89,2**	**91,4**	**92,6**	**81,1**	**82,4**	**84,5**	**86,9**	**89,2**	**91,4**	**92,6**
	50	Normal	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90	Prehipertensión	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	Hipertensión etapa 1	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	Hipertensión etapa 2	114	115	116	118	120	122	122	71	72	73	74	75	76	76
3		**centímetros**	**89,2**	**90,5**	**92,7**	**95,3**	**97,9**	**100,4**	**101,9**	**89,2**	**90,5**	**92,7**	**95,3**	**97,9**	**100,4**	**101,9**
	50	Normal	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90	Prehipertensión	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	Hipertensión etapa 1	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	Hipertensión etapa 2	116	117	119	121	123	124	125	76	76	77	78	79	80	80
4		**centímetros**	**95,6**	**97,1**	**99,7**	**102,5**	**105,4**	**108,0**	**109,5**	**95,6**	**97,1**	**99,7**	**102,5**	**105,4**	**108,0**	**109,5**
	50	Normal	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90	Prehipertensión	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	Hipertensión etapa 1	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	Hipertensión etapa 2	119	119	121	123	125	126	127	79	80	81	82	83	83	84
5		**centímetros**	**101,5**	**103,2**	**106,0**	**109,2**	**112,3**	**115,1**	**116,8**	**101,5**	**103,2**	**10,6**	**109,2**	**112,3**	**115,1**	**116,8**
	50	Normal	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90	Prehipertensión	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	Hipertensión etapa 1	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	Hipertensión etapa 2	120	121	123	125	126	128	128	77	78	79	80	81	81	82
6		**centímetros**	**107,3**	**109,2**	**112,2**	**115,7**	**119,1**	**122,1**	**123,9**	**107,3**	**109,2**	**112,2**	**115,7**	**119,1**	**122,1**	**123,9**
	50	Normal	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90	Prehipertensión	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	Hipertensión etapa 1	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	Hipertensión etapa 2	121	122	124	126	128	129	130	85	85	86	87	88	89	89
7		**centímetros**	**113,2**	**115,1**	**118,4**	**122,0**	**125,7**	**129,0**	**131,0**	**113,2**	**115,1**	**118,4**	**122,0**	**125,7**	**129,0**	**131,0**
	50	Normal	91	92	94	96	98	99	100	55	55	56	57	58	59	59
	90	Prehipertensión	105	106	108	110	111	113	113	70	70	71	72	73	74	74
	95	Hipertensión etapa 1	109	110	112	114	115	117	117	74	74	75	76	77	78	78
	99	Hipertensión etapa 2	122	123	125	127	129	130	131	55	55	56	57	58	59	59
8		**centímetros**	**118,8**	**120,8**	**124,3**	**128,1**	**132,1**	**135,7**	**137,8**	**118,8**	**120,8**	**124,3**	**128,1**	**132,1**	**135,7**	**137,8**
	50	Normal	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90	Prehipertensión	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	Hipertensión etapa 1	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	Hipertensión etapa 2	124	125	127	128	130	132	132	88	89	90	91	92	92	93

Edad (años)	Presión arterial		Presión arterial sistólica							Presión arterial diastólica						
			<< Percentil por estatura o longitud >>							<< Percentil por estatura o longitud >>						
	P	Estado	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95
9		**centímetros**	**123,8**	**126,0**	**129,6**	**133,7**	**137,9**	**141,8**	**144,1**	**123,8**	**126**	**129,6**	**133,7**	**137,9**	**141,8**	**144,1**
	50	Normal	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90	Prehipertensión	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	Hipertensión etapa 1	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	Hipertensión etapa 2	125	126	128	131	132	133	134	89	90	91	92	93	93	94
10		**centímetros**	**128,2**	**130,5**	**134,4**	**138,8**	**143,3**	**147,4**	**149,9**	**128,2**	**130,5**	**134,4**	**138,8**	**143,3**	**147,4**	**149,9**
	50	Normal	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90	Prehipertensión	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	Hipertensión etapa 1	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	Hipertensión etapa 2	127	128	130	132	133	135	135	90	91	91	93	93	94	95

¿Cómo escoger el esfingmomanómetro adecuado?

Par escoger un esfigmomanómetro adecuado es necesario verificar se encuentre validado. Existen distintos protocolos para validar estos instrumentos, entre ellos los más aceptados son: Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI); British Hypertension Society (BHS) y European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring.

Actualmente existen tres tipos de esfigmomanómetro: los análogos, los digitales y los de mercurio, cada uno posee distintos niveles de precisión respecto a la medición y cualidades[100], los responsables de los distintos Establecimientos y Servicios de Salud deben asegurarse que los esfigmomanómetros que utilicen para medir la presión arterial estén debidamente validados, mantenidos y calibrados de manera regular y que sean adecuados para población pediátrica[101].

Actualmente existe la estrategia *"Hospitales libres de mercurio"* el cual no abarca al atención primaria de salud, sin embargo la tendencia en salud es a retirar los instrumentos que contengan mercurio.

100 Para compararlos se recomienda revisar: MINSAL «Anexo 16. Tipos de esfigmomanómetro: Recomendaciones» de documento "Programa de capacitación: Medición de la presión arterial Guía para el instructor", 2012, pp. 40

101 El sitio web de la BHS posee un listado actualizado de los equipos validados bajo los tres Protocolos indicados, no incluye los rechazados: http://www.bhsoc.org. En este sitio, se encontrará un pestaña "BP Monitors" tras lo cual se debe seleccionar la opción "Blood Pressure Monitors Validated for Clinical Use" y en "Select the type of monitor:", seleccionar la opción "Children". Al poner el cursor la busqueda se despliegan las opciones de esfigmomanómetro validados para uso clínico en niños y niñas.

6. PAUTAS DE EVALUACIÓN BUCODENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS

Pauta de evaluación bucodentaria

Nombre							Sexo										
Rut							Fecha de Nacimiento										
Fecha control																	
Profesional																	
Por control																	
Por riesgo																	
Por daño																	
Edad	**RN**	**1m**	**2m**	**3m**	**4m**	**5m**	**6m**	**8m**	**12m**	**18m**	**2a**	**3a**	**42m**	**4a**	**5a**	**6a**	
a. Alimentación																	
Lactancia materna exclusiva																	
Mamadera nocturna																	
Consumo de sal y azúcar																	
Consumo de azúcar entre comidas																	
b. Medicamentos																	
Uso de medicamentos azucarados																	
c. Hábitos																	
Hábito de cepillado																	
Uso de pasta de dientes																	
Chupete de entretención																	
Succión digital																	
d. Examen de Salud Bucal																	
Dientes perinatales																	
Placa bacteriana																	
Anomalías dento-maxilares																	
Urgencias odontológicas																	
Puntaje total																	
Derivación																	

* Matrona (Ma); Médico (M); Enfermero/a (E)

Instructivo

Las celdas de color gris corresponden a variables analizadas en edades que no constituyen factores de riesgo para la salud bucal. Las celdas en color amarillo corresponden a los controles en los que se debe hacer el registro estadístico de la aplicación de las pautas de evaluación bucodentaria, según orientaciones para la planificación y programación en red.

a) Alimentación

Lactancia materna exclusiva
La actividad muscular del amamantamiento es un estímulo indispensable para el crecimiento armónico de las estructuras óseas y para formar patrones funcionales normales en el sistema estomatognático. La recomendación nutricional promueve una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y complementada hasta los 2 años o más, respetando los deseos de la madre y del niño/a. Registre según los siguientes códigos:

- 0: hay lactancia exclusiva hasta los 6 meses
- 1: no hay lactancia exclusiva hasta los 6 meses

Mamadera nocturna (desde los 18 meses)
A los 18 meses de edad, el niño no debería tomar biberón nocturno. Si esta alimentación se mantiene por prescripción del equipo de salud, se debe recomendar la higienización de los dientes después de su consumo. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si se ha eliminado el biberón nocturno o si se realiza la higienización después de su consumo, en el caso que su uso se prolongue más allá de los 18 meses por indicación del equipo de salud.
- 1: uso de mamadera nocturna más allá de los 18 meses o ausencia de higienización después de su consumo, en el caso que su uso se prolongue más allá de los 18 meses por indicación del equipo de salud

Consumo de sal y azúcar durante los primeros 1000 días de vida
Las recomendaciones nutricionales promueven una alimentación sin sal ni azúcar añadida durante los primeros 1000 días de vida del niño. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si el niño no ha consumido azúcar durante los primeros 1000 días de vida.
- 1: si el niño ha consumido azúcar durante los primeros 1000 días de vida.

Momentos de azúcar entre comidas
Debe moderarse el consumo de azúcar desde el inicio de la alimentación complementaria, evitando el consumo de alimentos o jugos azucarados entre las comidas habituales del día. Registre según los siguientes códigos:

- 0: cuando el niño no consume alimentos o bebidas azucaradas entre comidas.
- 1: cuando el niño consume de 1 a 2 veces alimentos o bebidas azucaradas entre comidas.
- 2: cuando el niño consume más de 3 veces alimentos o bebidas azucaradas entre las comidas.

b)Uso de medicamentos azucarados

Los medicamentos en jarabes azucarados constituyen en una fuente más de consumo de hidratos de carbono, que deben ser controlados ya sea prescribiendo medicamentos sin azúcar o indicando el lavado de los dientes y/o enjuague de la boca, después de su ingesta. Registre según los siguientes códigos:

- 0: cuando el niño no consume medicamentos azucarados o cuando la madre o cuidadora del niño realiza el cepillado de dientes o enjuague con agua posterior al consumo del medicamento
- 1: si hay consumo de medicamentos azucarados y no se realiza el cepillado de dientes o enjuague con agua posterior al consumo del medicamento

c) Hábitos

Hábito de cepillado
El cepillado de dientes debe iniciarse con la aparición de los incisivos inferiores. Desde la aparición del primer diente, el cepillado debe ser realizado por un adulto. Cuando la motricidad del niño lo permita, éste puede pasar el cepillo por sus dientes para formar el hábito y posteriormente el adulto debe cepillarlos correctamente. Se sugiere indicar el cepillado en forma independiente cuando el niño logra escribir correctamente, manteniendo la supervisión del adulto. Solicite a la mamá la demostración de la técnica. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si la madre o cuidador cepilla los dientes del niño o el niño se cepilla los dientes supervisado por un adulto.
- 1: si la madre o cuidador no cepilla los dientes del niño o el niño lo hace solo, sin la supervisión de un adulto.

Uso de pasta de dientes
Los menores de 2 años no deben usar pasta dental. Para niños menores de 6 años, se recomienda usar pasta de dientes infantil de 400-500 ppm de flúor. Desde los 6 años, se debe utilizar pasta de dientes de adultos con 1000-1500 ppm de flúor. La cantidad de pasta máxima recomendada es el equivalente al tamaño de una arveja. Registre según los siguientes códigos:

- 0: uso de pasta de dientes en la cantidad adecuada y con la concentración de flúor recomendada para la edad del niño.
- 1: uso de pasta de dientes en cantidad excesiva y/o con una concentración de flúor no adecuada para la edad del niño

Chupete de entretención (mayores de 3 años)
Se debe usar sólo como pacificador hasta los 3 años aproximadamente, momento que se debe suprimir su uso para evitar posibles alteraciones en las estructuras craneofaciales. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si el niño no usa chupete de entretención
- 1: si el niño usa chupete de entretención

Succión digital
Si se ha adoptado el hábito de succión digital, intentar sustituirlo por un chupete sin untarlo con azúcar o miel. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si no hay hábito de succión digital
- 1: si hay hábito de succión digital

d) Examen de Salud Bucal

Dientes perinatales
Estos dientes pueden causar problemas a la madre en el momento del amamantamiento, o al niño, porque debido a la falta de desarrollo de la raíz pueden ser eliminados espontáneamente y eventualmente tragados por el niño. En caso de detectar dientes perinatales, se debe derivar al odontólogo para su evaluación. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si no hay dientes perinatales
- 1: si hay dientes perinatales

Placa bacteriana
A simple vista se puede observar la presencia de materia alba con aspecto blanquecino, blando y de fácil remoción. Se revisa especialmente en la zona de los molares y cuellos de los dientes. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si no hay presencia de materia alba, o ésta sólo se observa en el cuello de los dientes
- 1: si hay presencia de materia alba en el tercio inferior de los dientes

Anomalías dento-maxilares
Las alteración de la relación entre el crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales y la ubicación de los dientes en boca pueden tener múltiples causas. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si no se observan anomalías dento-maxilares en el niño
- 1: si se observan anomalías dento-maxilares en el niño

Urgencias odontológicas
Durante la anamnesis y examen clínico, es posible identificar signos y síntomas asociados a urgencias odontológicas que requieren la derivación inmediata del niño para la atención GES Urgencias Odontológicas ambulatorias. Entre los signos y síntomas más importantes destacan el compromiso sistémico (fiebre, astenia, adinamia, anorexia, otros) de probable origen dentario, la presencia de dolor agudo en la boca, el aumento de volumen en el territorio máxilofacial y la hemorragia y/o presencia de pus en la boca. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si no se detectan signos y síntomas de urgencias odontológicas
- 1: si se detectan signos y síntomas de urgencias odontológicas

e) Puntaje total de la pauta

Sume toda la columna y registre el resultado. Este total debe disminuir entre controles, si esto no ocurre, derivar al odontólogo.

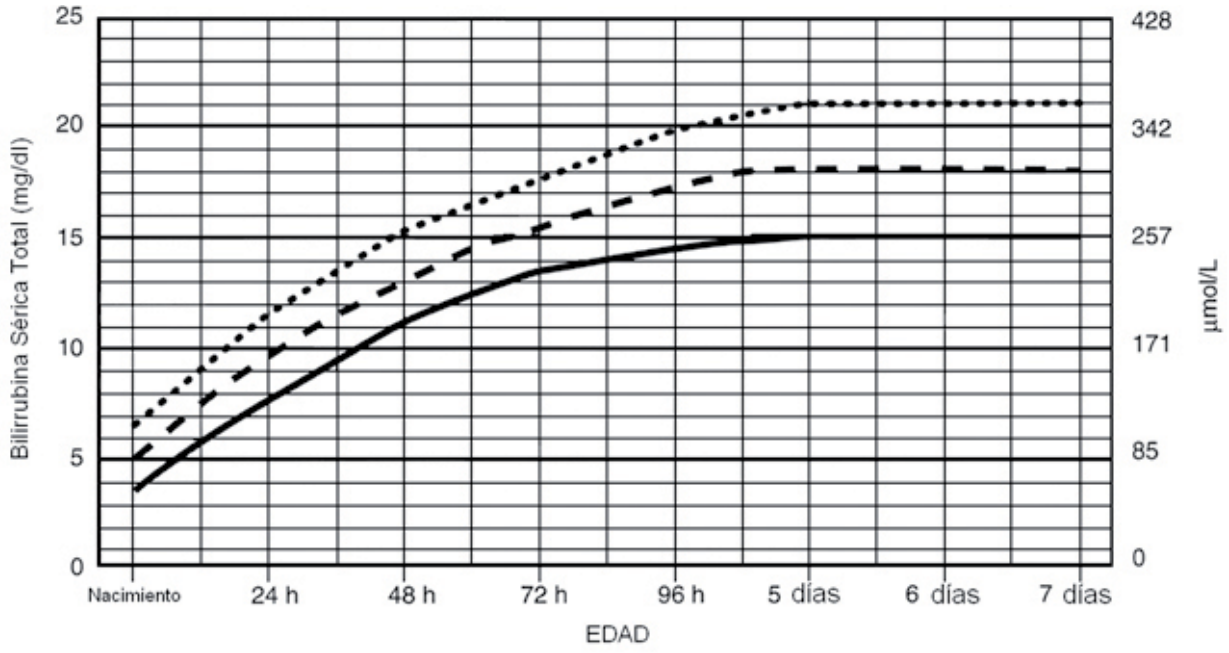
f) Derivación para evaluación odontológica

Registre con una cruz en la edad correspondiente en que se realiza la derivación al odontólogo, ya sea por control, por riesgo, por daño o por urgencia.

- Por control: A los 2 años de edad, derivar al odontólogo general para el primer control odontológico del niño, en el ambiente de clínica dental. A los 4 años de edad, derivar al odontólogo general para el segundo control odontológico del niño, en el ambiente de clínica dental. A los 6 años, derivar para atención GES salud oral integral para niños y niñas de 6 años.
- Por riesgo: Cuando el puntaje total de la pauta es de 3 o más puntos y se mantiene durante 3 controles, derivar al odontólogo. En caso de niños prematuros, el puntaje de riesgo disminuye a 2, mantenidos durante 3 controles.
- Por daño: En el caso de pesquisar anomalías dento-maxilares y/o dientes perinatales, derivar al odontólogo para su evaluación. En el caso de detectar signos y síntomas de urgencias odontológicas, derivar para atención GES urgencias odontológicas ambulatorias.

7. GUÍA DE INDICACIÓN DE FOTOTERAPIA EN RN ≥ 35 SEMANAS DE GESTACIÓN.

Fuente: Maisels, J; Bhutani, D; Bogen, D; Newman, T; Stark, A; Watchko, J. «Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant ≥35 Weeks' Gestation: An Update With Clarifications» 2009. Pediatrics, vol. 124, pp 1193-1198.



Curva	Nivel de riesgo	Criterios clínicos de los recién nacidos
▸●●●	Bajo	≥ 38 semanas y sano
▬ ▬	Medio	≥ 38 semanas, con factores de riesgo*
		35 - 37+6 semanas y sano
▬▬	Alto	35 - 37+6 semanas, con factores de riesgo*

* Factores de riesgo: enfermedad hemolítica isoinmune, deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, asfixia, letargo significativo, inestabilidad de la temperatura, septicemia, acidosis, y albúmina <3,0 g / dl (si se mide).

8. COMPONENTES DEL PROGRAMA VIDA SANA

Componente 1
Intervenciones en niños y adolescentes de 6 a 19 años: Criterios de inclusión: Considera atención integral en atención primaria para niños, niñas y adolescentes con los siguientes criterios:

- IMC percentil 95 para edad y sexo,
- PC≥percentil 90 NANHES III,
- Al menos uno de los siguientes antecedentes en padre, madre, hermanos o abuelos:
  - Obesidad
  - Dislipidemia
  - DM2
  - Infarto al miocardio o accidente vascular encefálico antes de los 55 años.

Estrategia
4 meses de intervención, con un control tardío al 6º, 9º y 12 meses post intervención.

- Atención individual (médico, nutricionista, psicólogo).
- Intervención grupal (nutricionista, psicólogo).
- Sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor (a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo (a) y/o derivación a gimnasio.

Componente 2
Intervención en adultos de 20 a 45 años que cumplan con los criterios de inclusión.
Considera atención integral en atención primaria para adultos según los siguientes criterios:

- IMC≥30 u obesidad abdominal y uno o más de los siguientes factores de riesgo:
  - Intolerancia a la glucosa,
  - Alteración lipídica
  - Pre hipertensión
  - Antecedentes de padre, madre o hermano con DM2

Estrategia

- 4 meses de intervención, con un control tardío al 6º, 9º y 12 meses post intervención.
- Atención individual (médico, nutricionista, psicólogo)
- Intervención grupal (nutricionista, psicólogo)
- Sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor (a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio.

Intervención en obesidad en niños, niñas, adolescentes y adultos

Propósito: Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico en la población intervenida, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles.

Objetivo General: Implementar estrategias de intervención en personas con condiciones de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en la atención primaria de salud.

Objetivos Específicos

1. Reducir 5% o más del peso inicial en personas entre 19 y 45 años o al menos frenar la tendencia al aumento de peso.
2. Mejorar condición nutricional en términos de categorización del Índice de masa corporal (IMC o Z score de IMC) y perímetro de cintura (PC).
3. Mejorar condiciones en:
   a. Pre-hipertensión arterial.
   b. Dislipidemia.
   c. Intolerancia a la glucosa.
4. Mejorar la condición física, en términos de capacidad funcional muscular y aeróbica.

9. APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN CONTROLES ESTÁNDAR DE SALUD

Pauta y Test	CSI	CSI	CSI	CSI	CSI	CN	CSI	CSI	CSI	CSI	CSI	CSB	CSI	CN	CSI	CSB	CSI	CSI	CSB	CSI	CSI	CSI
	Díada	1 m	2 m	3 m	4 m	5 m	6 m	8 m	12 m	18 m	2 a	2 a	3 a	3 a 6 m	4 a	4 a	5 a	6 a	6 a	7 a	8 a	9 a
Pautas de evaluación bucodentaria infantil										*				*			*	*				
Score de riesgo de morir por neumonía	*	*	*	*	*	*	*	*	*													
Protocolo de evaluación de neurodesarrollo		*																				
Escala de depresión post-parto de Edimburgo			*				*															
Escala de Massie Campbell					*				*													
Pauta Breve de evaluación del DSM					*				*		*											
Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso					*	•			*		*		*	•	*		*					
EEDP: Escala de Evaluación del desarrollo psicomotor								*		*												
TEPSI: Test de Desarrollo Psicomotor													*									
Pauta de seguridad infantil							+	*														
Cuestionario de Salud Infantil de 5 a 9 años																	*	*	*	*	*	*
Test conners abreviado																				*		*

* Interpretación de resultados y orientación
\+ Sólo entrega de pauta
• Revisar aplicación y aplicar en caso de no haber sido evaluada

10. SCORE DE RIESGO DE MORIR POR NEUMONÍA

FACTOR DE EDAD RIESGO	Ptje	Edad							
		1 mes	2 m	3 m	4 m	5 m	6 m	8 m	12 m
Malformación Congénita	**11**								
Tabaquismo Materno	**6**								
Hospitalización anterior	**6**								
Desnutrición (-2DS por Peso/Edad)	**5**								
Baja escolaridad materna	**4**								
Bajo peso de nacimiento (menos de 2500 g)	**3**								
Lactancia Materna Insuficiente (LME + LMA)	**3**								
Madre adolescente (Menor de 20 años)	**2**								
Síndrome Bronquial Obstructivo (por lo menos 3 episodios al año o persistente)	**2**								
TOTAL									

Los puntos de cada factor son sumados y dependiendo del resultado final los menores son clasificados con:	
Riesgo leve	0-5 puntos
Riesgo moderado	6-9 puntos
Riesgo grave	Mayor o igual a 10 puntos

11. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE NEURODESARROLLO

El objetivo de este protocolo es la identificación de alteraciones al examen físico y neurológico que significan factores de riesgo relevantes para la salud o para el neurodesarrollo y la pesquisa precoz de trastornos neurosensoriales en lactante de entre 1 a 2 meses.

El examen debe efectuarse en condiciones ambientales adecuadas en relación a temperatura y luminosidad, con un niño o niña en buenas condiciones de salud, alerta y sin hambre.

Reflejos del desarrollo:

Ítem	0	1	2	Metodología
Moro	Extiende brazos, abre manos, abraza y llora	Ausente	Exagerado (licitado por estímulos mínimos)	En posición supino, levantar cabeza y dejar caer suavemente la cabeza
Tónico-nucal	Presente no obligado (el brazo contrario al giro se flexiona y otro se extiende, y la pierna del mismo sentido del giro se flexiona y la otra se extiende)	Ausente	Exagerado obligado (Aparece con latencia muy breve o se mantiene mientras la cabeza se mantiene girada).	En posición supina, fijar el tronco y girar la cabeza hacia uno de los costados y observar postura adoptada por el lactante
Succión	Presente	Débil	Ausente	Observar al poner el dedo cerca de la boca del niño y/o preguntar a la padre o cuidador

Examen

Ítem	0	1	2	Metodología
Circunferencia	Normal	Bajo P5/<2DS	SobreP95/>2DS	Medir diámetro y comparar con tabla correspondiente
Peso	Normal	Bajo P5/<2DS	SobreP95/>2DS	Pesar y comparar con tabla correspondiente
Talla	Normal	Bajo P5/<2DS	SobreP95/>2DS	Medir longitud y comparar con tabla correspondiente
Piel	Sana	Manchas color café o angiomas línea media más de 6 de más de 0,5 cm. de diámetro o efélides axilares/inguinale	Manchas hipocrómicas (ovaladas sugerentes de esclerosis tuberosa)	Observar
Conducta	Tranquilo	Muy pasivo	Irritable	Evaluación cualitativa del grado de pasividad o irritabilidad.
Llanto	Normal	Mono-acorde agudo	Inconsolable	Se considera normal el llanto fuerte y sostenido de 5 a 10 minutos de duración, con variaciones en intensidad y tono durante éste
Consolabilidad	Facil	Algo difícil	Inconsolable	Solicitar a la madre que acune al niño para disminuir su llanto después de realizar el reflejo de Moro.
Mirada fijamente al examinador	Normal	Escaso	Ausente	Observar durante la examinación si el lactante sigue con la mirada al examinador
Sonrisa social	Sí (en el examen)	Dato de la Madre	No (ni por la madre ni por observación directa)	Observar y/o preguntar a la padre o cuidador

Movilidad

Ítem	0	1	2	Metodología
Control cefálico	Cabeza alineada con el tronco 	Intermedio o parcial	Cabeza cuelga hacia atrás 	Levantar al lactante de las manos de modo que pueda
Movimiento de extremidades	Vigorosos	Escasos	Asimétricos	Observar
Manos	Abiertos al extender brazos	Empuñadas al extender	Empuñadas permanentemente, con pulgar incluido	Observar durante el reflejo moro, cuando el lactante extiende sus brazos las manos deben abrirse y los dedos extenderse.
Movilidad facial	Normal	Anormal	Parálisis	Observar

Tono

Ítem	0	1	2	Metodología
Tono	Normal 	Disminuido 	Aumentado 	Suspensión ventral, tomar cuidadosamente al lactante desde el vientre y postura adaptada.

Visión

Ítem	0	1	2	Metodología
Rojo pupilar	Presente	Dudoso	Ausente	En habitación de luz tenue, Iluminar los ojos del lactante a una distancia 50 cm y observar si las pupilas se ven color rojas anaranjadas (fulgor retineano).,
Fija la vista y sigue objeto 90º	Presente	Dudoso	No	Evaluar si el lactante sigue de una argolla o una pelota roja de alrededor de diez centímetros de diámetro en el sentido horizontal y vertical.

Audición

Ítem	0	1	2	Metodología
Reacciona frente a ruido fuerte	Presente	Dudoso	No	Observar si frente a un ruido intenso y sorpresivo se produce el cierre palpebral
Se dirige hacia sonido	Presente	Dudoso	No	Utilizar campanilla
Habituación	Presente	Dudoso	No	Se puede estudiar la respuesta de habituación a estímulos visuales, auditivos o táctiles. Una opción es ver si el lactante dejar de parpadear ante luz titila (4 veces) o haga sonar una campanilla en forma intermitente, después de alrededor de cuatro sonidos el lactante debe dejar de reaccionar al ruido.

Deglución

Deglución	Presente	Dudoso	No	Observar al momento de amamantamiento del lactante y/o preguntar a la padre o cuidador

Para ver instructivo detallado ver Anexo 3 del "Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años" (MINSAL, 2008).

Protocolo de evaluación de neurodesarrollo

		0 pts.	1 pts.	2 pts.
1. Reflejos del desarrollo	**Moro**			
	Tónico-nucal			
	Succión			
2. Examen	**Circunferencia**			
	Peso			
	Talla			
	Piel			
	Conducta			
	Llanto			
	Consolabilidad			
	Mirada fijamente al examinador			
	Sonrisa social			
3. Movilidad	**Control cefálico**			
	Movimiento de extremidades			
	Manos			
	Movilidad facial			
4. Tono	**Tono axilar**			
5. Visión	**Rojo pupilar**			
	Fija la vista y sigue objeto 90º			
6. Audición	**Reacciona frente a ruido fuerte**			
	Se dirige hacia sonido			
	Habituación			
7. Deglución				
			TOTAL	

Normal	0 puntos
Anormal	1-3 puntos
Muy anormal	Mayor o igual a 4 puntos *Referir a neurólogo pediatra hay 4 o más puntos totales o si existe micro o macrocefalia*

12. ESCALA DE DEPRESIÓN POST-PARTO DE EDIMBURGO

Esta escala ampliamente utilizada y validada en nuestro país, tiene por objetivo detectar sintomatología ansiosa depresiva en mujeres la de cuarta semana a los doce meses posparto posparto.

Aplicación
La pauta de debe entregar a los dos y seis meses postparto en el control de salud infantil o en el control de salud de la mujer, la puede entregar el SOME miestra la mujer espera el control o bien el box de atención. La pauta es de modalidad autoaplicada, es decir es la madre es quien la completa.

Interpretación de resultados
Asígnele el puntaje correspondiente a cada respuesta seleccionada por madre, el puntaje varía de 0 a 3, y su valor es relativo a la posición de la respuesta, variando en si el ítem es "negativo" o "positivo", a saber:

Item		Valor de respuestas según orden derecha izquierda			
		1º	2º	3º	4º
Negativo	**3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**	**3**	**2**	**1**	**0**
Positivo	**1,2, 4**	**0**	**1**	**2**	**3**

Baremos

<= 9 puntos	Sin sospecha sintomatología ansiosa depresiva
10 o más	Presencia de sintomatología ansiosa depresiva, probabilidad de una depresión o prese
Pregunta 10 $\neq 0$	Exploren específicamente el riesgo de vida para la madre y su hijo o hija. Asegúrese de que la mujer sea atendida **en forma inmediata por los profesionales de salud mental que evalúen el ingreso de GES por depresión**. Contacte y asegúrese que la mujer sea acompañada por un adulto (amigo, pariente, etc.) que entienda la situación y la importancia de la derivación, del tratamiento y de brindar apoyo en el cuidado del hijo o hija

Escala de depresión post-parto de Edimburgo

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. **Por favor marque con una CRUZ la respuesta que mejor represente cómo se ha sentido en los últimos 7 días** frente a cada una de las siguientes afirmaciones.

Nombre			
Fecha			

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	No tanto ahora	Mucho menos ahora	No, nada
2. He disfrutado mirar hacia adelante	Tanto como siempre	Menos que antes	Mucho menos que antes	Casi nada
3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, a veces	No con mucha frecuencia	No, nunca
4. He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo	No, nunca	Casi nunca	Si, a veces	Si con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo	Sí bastante	Sí, a veces	No , no mucho	No nunca
6. Las cosas me han estado abrumando	Si la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, a veces	No con mucha frecuencia	No, nunca
8. . Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, bastante a menudo	No con mucha frecuencia	No, nunca
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, bastante a menudo	Sólo ocasionalmente	No, nunca
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	A veces	Casi nunca	No, nunca

Observaciones

13. ESCALA DE MASSIE CAMPBELL

Este instrumento es una pauta de evaluación que valoriza la conducta del cuidador y del bebé frente a una situación de stress para el bebé. El objetivo consiste en elaborar criterios observacionales claros y conductuales, que reflejan la calidad del vínculo entre la madre/cuidador y el bebé. La pauta contiene 6 elementos de apego: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad.

Administración
Sólo pueden aplicar este test las personas acreditadas en este. La aplicación es en los controles de salud infantil de los 4 y 12 meses.

Interpretación
Se debe escoges de cada categoría la opción que mejor represente las conductas observadas, dependiendo del tipo de la frecuencia e intensidad de las mismas, cada opción tienen un puntaje que va de 1 a 5. Una vez terminado la evaluación ser debe clasificar el patrón según la tendencia de conductas observadas, según la tendencia:

Puntajes 3 y 4	Indicadores de Apego Seguro
Puntajes 1 y 2	Indicadores de apego evitante
Puntaje 5	Indicadores de apego ambivalente

Puede ocurrir que algunos elementos tanto el lactante como el cuidador principal muestren conductas de varios estilos, pero aun así el trazo muestra una tendencia hacia uno de los tres.

Pauta

Conductas del niño o niña durante el evento estresante

Observar	1	2	3	4	5	x
1. Mirada	Siempre evita la cara de la madre.	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre.	Ocasionalmente mira la cara de la madre.	Frecuentes miradas a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas	Fija la mirada a la madre por períodos largos de tiempo.	No observado
2. Vocalización	Callado, nunca vocaliza.	Rara vez vocaliza o lloriquea.	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	No observado
3a. Tocando	Nunca toca o tiende hacia la madre.	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca, siempre toca a la madre.	No observado
3b. Tocado	Siempre evita ser tocado por la madre.	Frecuentemente evita ser tocado por la madre	Generalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque	No observado
4. Sosteniendo	Resiste violentamente. Se arque a alejándose de la madre	No se aleja en manos de la madre; la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra a ella, nunca la evita.	No observado
Afecto	Siempre está intensamente angustiando y temeroso	Frecuentemente irritable, temeroso o apático	Ansiedad moderada y/o intermitente o poco claro	Tensión ocasional. En general sonríe	Siempre sonriente.	No observado
6. Proximidad o cercanía	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	No observado

Respuesta del cuidador o cuidadora frente al estrés del niño o la niña

Observar	1	2	3	4	5	x
1. Mirada	Siempre evita mirar la cara del niño/a.	Rara vez mira al niño/a a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño/a.	Ocasionalmente mira al niño a la cara.	Frecuentes miradas, largas y cortas, a la cara del niño/a.	Fija la mirada a la cara del niño por períodos largos.	No observado
2. Vocalización	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	No observado
3a. Tocando	Nunca toca o tiende al niño/a.	Rara vez toca al niño	Ocasionalmente toca al niño/a.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca, siempre lo toca.	No observado
3b. Tocado	Siempre evita ser tocada por el niño.	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	No observado
4. Sosteniendo	Siempre evita ser tocada por el niño.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	No observado
Afecto	Siempre evita ser tocada por el niño.	Frecuentemente irritable, teme-rosa o apática.	Ansiedad moderada y/o agradada o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonríe.	No observado
6. Proximidad o cercanía	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza.	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	No observado

Escala Massie-Campbell

Nombre del niños o niña			
Nombre cuidador		Parentesco	

Meses cumplidos _____Fecha de aplicación_____

Conducta durante el evento estresante		1	2	3	4	5	x
Respuesta del niño o niña	1. Mirada						
	2. Vocalización						
	3a. Tocando						
	3b. Tocado						
	4. Sosteniendo						
	Afecto						
	6. Proximidad o cercanía						
Respuesta del cuidador o la cuidadora	1. Mirada						
	2. Vocalización						
	3a. Tocando						
	3b. Tocado						
	4. Sosteniendo						
	Afecto						
	6. Proximidad o cercanía						

Conducta durante el evento estresante		1	2	3	4	5	x
Respuesta del niño o niña	1. Mirada						
	2. Vocalización						
	3a. Tocando						
	3b. Tocado						
	4. Sosteniendo						
	Afecto						
	6. Proximidad o cercanía						
Respuesta del cuidador o la cuidadora	1. Mirada						
	2. Vocalización						
	3a. Tocando						
	3b. Tocado						
	4. Sosteniendo						
	Afecto						
	6. Proximidad o cercanía						

14. PAUTA BREVE DE EVALUACIÓN DEL DSM

Edad	área	Ítem a evaluar	Sí	No
4 meses	C	Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada		
	M	Gira la cabeza al sonido de la campanilla		
	LS	Ríe a carcajadas*		
	C	La cabeza sigue la cuchara que desaparece		
12 meses	M	Camina afirmado/a con una mano		
	C	Aplaude		
	L	Dice al menos 2 palabras con sentido*		
	LS	Entrega como respuesta a una orden		
15 meses ◌	M	Camina solo/a		
	C	Espontáneamente garabatea		
	L	Imita tres palabras*		
	LS	Muestra lo que desea, apuntándolo.		
21 meses ◌	C	Arma una torre de cuatro cubos		
	L	Nombra un objeto de los cuatro presentados		
	M	Se para de pie con apoyo		
	C/S	Usa la cuchara		
24 meses	M	Se para en un pie sin apoyo 1 segundo		
	C	Desata cordones		
	L	Nombra 2 objetos de los 4 presentados		
	S	Ayuda en tareas simples		

Resultados

	Normal (4 puntos)	Anormal (0 a 3 puntos)	Indicar letra (s) del área del desarro llo alterada
4 meses	◯	◯	
12 meses	◯	◯	
15 meses	◯	◯	
21 meses	◯	◯	
24 meses	◯	◯	

Abreviación de áreas del desarrollo

C Coordinación M Motor L Lenguaje LS Lenguaje social S Social

* Preguntar directamente a la madre, padre o cuidador.

◌ En estas edades no se realiza control de salud infantil según calendario estándar, sin embargo en caso de programase algún control de salud infantil se debe aplicar la pauta breve.

15. PAUTA DE FACTORES CONDICIONANTES DE RIESGO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO

Aplicación de pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en el control de salud de todos los niños(as) una vez por año a partir del primer mes de vida. Los menores eutróficos que presenten 2 o más factores de riesgo de malnutrición por exceso deben ser citados sólo por una vez a la actividad taller grupal, con carácter obligatorio. La aplicación de los factores condicionantes de riesgo de obesidad es de responsabilidad del o la profesional que realiza la actividad control de salud, y deben consignarse en la contratapa de la ficha clínica y en el carné de control de salud.

Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso
Durante el control de salud correspondiente, ya sea a través de la anamnesis o revisión de antecedentes, descarte los siguientes factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso:

Factores de riesgo para niños y niñas eutróficos	Sí 1 pto	No 0 pto
1. Madre y/o padre obeso		
2. Lactancia materna exclusiva inferior a 4 meses		
3. Recién nacido (RN) pequeño para la edad gestacional (PEG) o macrosómicos (peso mayor o igual a 4 kg).		
4. Antecedentes de diabetes gestacional en ese embarazo		
5. Diabetes tipo II en padres y/o abuelos		

Sin riesgo	0-1 puntos
Con riesgo	Mayor o igual a 2 puntos, citar a taller grupal "Nutricional"

16. EEDP: ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR: 0 A 2 AÑOS

Esta escala busca evaluar el nivel de desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0 a 2 años, considerando cuatro áreas de desarrollo, a saber:

1. Motora (M): comprende coordinación corporal general y específica, reacciones posturales y locomoción.
2. Lenguaje (L): comprende el lenguaje verbal y no verbal, reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones, comprensión y emisión verbales.
3. Social (S): comprende la habilidad del niño para reaccionar frente a personas y para aprender por medio de la imitación.
4. Coordinación (C): comprende las reacciones del niño que requieren organización temporo - espacial de algunas funciones.

Administración

El niño o la niña debe estar confortable, se le debe informar brevemente al acompañante el objetivo del test y anotar en hoja de registro los datos de identificación del evaluado. Se debe calcular la edad cronológica considerando los días y los meses, restando a la fecha de aplicación la fecha de nacimiento. En caso de ser años diferentes se suma 12 meses por cada año de diferencia con el mes de aplicación.

Ej:	Año	Meses	Días
Fecha de evaluación	2013	01	25
Fecha de nacimiento	2013	08	01
Resultado		7	24

Una vez hecha la resta, los meses se multiplican por 30 y se le suman los días restantes.

(Meses*30) + Días adicionales =edad de desarrollo en días
Ej: (7*30)+24=234

Teniendo clara la edad cronológica se selecciona el mes base para comenzar con la aplicación

Meses	Mínimo	Máximo
7	6 meses 16 días	7 meses 15 días
8	7 meses 16 días	8 meses 15 días
9	8 meses 16 días	9 meses 15 días
18	17 meses 16 días	18 meses 15 días

Se debe comenzar la prueba en el mes inferior a la edad cronológica en meses. Si el niño o la niña fracasa en los 5 ítems debe evaluarse el mes anterior a este, así sucesivamente. En caso de que acerté alguno se continúa con la edad siguiente, así sucesivamente hasta que falle en todos los ítems correspondientes a una edad, en ese momento se da por terminada la aplicación.

Ej: En este caso corresponde la edad cronológica se encuentra en el rango de los 8 meses, por lo tanto se partirá con los ítems del mes 7.

Interpretación
Lo primero que hay que hacer es considerar la **edad mental**, la cual está determinada por el mes mayor en el que el niño o la niña cumple con los 5 ítems, este se considera línea base y se multiplica por 30. Luego se le suman los puntajes de los ítems de los meses superiores a línea base en los que el niño o la niña respondió con éxito. Finalmente se suman los días de la línea base y el puntaje adicional, obteniéndose la edad mental en días.

Supongamos que en este caso el niño respondió con éxito los 5 ítems de los 7 y los 8 meses, respondió con éxito el ítem 44 y 45 (correspondiente de los 9 meses) y fracasó en todos ítems correspondientes a 10 meses. En este caso se considera los 8 meses como línea base y se suman 6 puntos más por ítem.

Ej: (8 * 30)+12 puntos adicionales
EM=252 días

Razón entre edad mental y edad cronológica
Para obtener este indicador se divide la edad mental por la edad cronológica:

Razón: EM/EC
Ej: 252/234=1,07

Puntaje estándar
Una vez obtenida la razón se debe buscar en la tabla correspondiente a la edad el Puntaje Estándar (PE).

Ej: 1,07 en la tabla de 8 meses corresponde a un PE de 0,95
8 meses con EM/EC: 1,07 = PE: 0,95

Coeficiente de desarrollo
Determinar el coeficiente de desarrollo según el siguiente criterio:

PE	Coeficiente de desarrollo (CD)
Mayor o igual a 0,85	**Normal**
Entre 0,84 y 0,70	**Riesgo**
Menor o igual a 0,69	**Retraso**

En este caso el niño tendría un Coeficiente de desarrollo “Normal”

Perfil de desarrollo psicomotor
Además se debe especificar si existe déficit o no en alguna área particular, independiente que el coeficiente de desarrollo se encuentro dentro del rango “Normal”. Para ello en la tabla “Perfil del desarrollo psicomotor” se debe encerrar con un círculo el número del último ítem que el niño o la niña respondió con éxito en cada área. Si el último ítem respondido con éxito de un área que se encuentra en una edad inferior a la edad cronológica, ésta se considerará como en “Déficit”.

Perfil del desarrollo psicomotor

Área	Meses														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
Coordinación	4	8	12 13	16 17	22 23	27 28 29	32 35	39	43 44	46 48 49	52	57 58 59	64 65	68	75
Social	1	6 7 8	11	20	21	30	34		45	47 50	54		61	70	73
Lenguaje	2	7 10	12 15	17 20	21	30	33	40	45	50	54 55	60	61	66 69 67 70	72 74
Motora	3 5	9	14	18 19	24 25	26	31	36 37 38	41 42		51 53	56	62 63		71

Zonas achuradas:
Á. Social (8 y 15 meses): Marcar un círculo en la zona achurada si tuvo éxito el ítem de la edad anterior del área (7 y 12 meses, respectivamente)
Á. Motora (10 y 21 meses): Marcar un círculo en la zona achurada si tuvo éxito en ambos ítems de la edad anterior del área (9 y 18 meses, respectivamente)

Tablas de conversión de razón entre edad mental y cronológica a Puntajes Estándar

8 meses

EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE
0,76	0,60	0,90	0,76	1,04	0,92	1,18	1,08	1,32	1,24
0,77	0,61	0,91	0,77	1,05	0,93	1,19	1,09	1,33	1,25
0,78	0,62	0,92	0,78	1,06	0,94	1,20	1,10	1,34	1,26
0,79	0,63	0,93	0,79	1,07	0,95	1,21	1,12	1,35	1,28
0,80	0,64	0,94	0,80	1,08	0,97	1,22	1,13	1,36	1,29
0,81	0,66	0,95	0,82	1,09	0,98	1,23	1,14	1,37	1,30
0,82	0,67	0,96	0,83	1,10	0,99	1,24	1,15	1,38	1,31
0,83	0,68	0,97	0,84	1,11	1,00	1,25	1,16	1,39	1,32
0,84	0,69	0,98	0,85	1,12	1,01	1,26	1,17	1,40	1,33
0,85	0,70	0,99	0,86	1,13	1,02	1,27	1,18	1,41	1,35
0,86	0,71	1,00	0,87	1,14	1,03	1,28	1,20	1,42	1,36
0,87	0,72	1,01	0,89	1,15	1,05	1,29	1,21	1,43	1,37
0,88	0,74	1,02	0,90	1,16	1,06	1,30	1,22	1,44	1,38
0,89	0,75	1,03	0,91	1,17	1,07	1,31	1,23	1,45	1,39
								1,46	1,40

18 meses

EM/EC	PE*	EM/EC	PE*	EM/EC	PE*	EM/EC	PE*	EM/EC	PE*
0,74	0,51	0,88	0,66	1,02	0,81	1,16	0,96	1,3	1,11
0,75	0,52	0,89	0,67	1,03	0,82	1,17	0,97	1,31	1,12
0,76	0,53	0,9	0,68	1,04	0,83	1,18	0,98	1,32	1,13
0,77	0,54	0,91	0,69	1,05	0,84	1,19	0,99	1,33	1,14
0,78	0,55	0,92	0,7	1,06	0,85	1,2	1	1,34	1,15
0,79	0,56	0,93	0,71	1,07	0,86	1,21	1,01	1,35	1,16
0,8	0,57	0,94	0,72	1,08	0,87	1,22	1,02	1,36	1,17
0,81	0,58	0,95	0,73	1,09	0,88	1,23	1,03	1,37	1,18
0,82	0,59	0,96	0,74	1,1	0,89	1,24	1,04	1,38	1,19
0,83	0,6	0,97	0,75	1,11	0,9	1,25	1,05	1,39	1,2
0,84	0,61	0,98	0,76	1,12	0,91	1,26	1,06	1,4	1,21
0,85	0,63	0,99	0,78	1,13	0,93	1,27	1,07		
0,86	0,64	1	0,79	1,14	0,94	1,28	1,09		
0,87	0,65	1,01	0,8	1,15	0,95	1,29	1,1		

* Puntaje estándar nivel socioeconómico medio alto Ítems Escala de evaluación del desarrollo psicomotor: 0 a 2 años

Ítems Escala de evaluación del desarrollo psicomotor: 0 a 2 años

1 mes	1. (S) Fija la mirada en el rostro del animador 2. (L) Reacciona al sonido de la campanilla 3. (M) Aprieta el dedo índice del examinador 4. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°) 5. (M) Movimiento de cabeza en posición prona	6 c/u
2 meses	6. (S) Mímica en respuesta al rostro del examinador 7. (LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador. 8. (CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador 9. (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada 10. (L) Vocaliza dos sonidos diferentes**	6 c/u
3 meses	11. (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa de del examinador 12. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 13. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°) 14. (M)Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada 15. (L) Vocalización prolongada **	6 c/u
4 meses	16. (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece 17. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 18. (M)En posición prona se levanta a sí mismo 19. (M)Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada 20. (LS) Ríe a carcajadas **	6 c/u
5 meses	21. (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla 22. (C)Palpa el borde de la mesa 23. (C) Intenta prehensión de la argolla 24. (M)Tracciona hasta lograr la posición sentada 25. (M)Se mantiene sentado con leve apoyo	6 c/u
6 meses	26. (M) Se mantiene sentado solo, 6 c/u momentáneamente 27. (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída 28. (C) Coge la argolla 29. (C) Coge el cubo 30. (LS) Vocaliza cuando se le habla **	6 c/u
7 meses	31. (M) Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más 32. (C) Intenta agarrar la pastilla 33. (L) Escucha selectivamente palabras familiares 34. (S) Coopera en los juegos 35. (C) Coge dos cubos, uno en cada mano	6 c/u
8 meses	36. (M) Se sienta solo y se mantiene erguido 37. (M) Tracciona hasta lograr la posición de pie 38. (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos 39. (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo 40. (L) Dice da-da o equivalente	6 c/u
9 meses	41. (M) Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble 42. (M) Camina sostenido bajo los brazos 43. (C) Coge la pastilla con participación del pulgar 44. (C) Encuentra el cubo bajo el pañal 45. (LS) Reacciona a los requerimientos verbales*	6 c/u
10 meses	46. (C) Coge la pastilla con pulgar e índice 47. (S) Imita gestos simples 48. (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros 49. (C) Junta cubos en la línea media 50. (SL) Reacciona al "no, no"	6 c/u
12 meses	51. (M) Camina algunos pasos de la mano 52. (C) Junta las manos en la línea media 53. (M) Se pone de pie solo ** 54. (LS) Entrega como respuesta a una orden 55. (L) Dice al menos dos palabras **	12 c/u

15 meses	56. (M) Camina solo 57. (C) Introduce la pastilla en la botella 58. (C) Espontáneamente garabatea 59. (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros 60. (L) Dice al menos tres palabras **	18 c/u
18 meses	61. (LS) Muestra sus zapatos 62. (M) Camina varios pasos hacia el lado 63. (M) Camina varios pasos hacia atrás 64. (C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella 65. (C) Atrae el cubo con un palo	18 c/u
21 meses	66. (L) Nombra un objeto de los cuatro presentado 67. (L) Imita tres palabras en el momento del examen 68. (C) Construye una torre con tres cubos 69. (L) Dice al menos seis palabras ** 70. (LS) Usa palabras para comunicar deseos **	18 c/u
24 meses	71. (M) Se para en un pie con ayuda 72. (L) Nombra dos objetos de los cuatro presentados 73. (S) Ayuda en tareas simples ** 74. (L) Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca 75. (C) Construye una torre con cinco cubos	18 c/u

** Indica que se trata de una pregunta a la madre o acompañante

Registro de respuesta Escala de evaluación del desarrollo psicomotor: 0 a 2 años

Nombre del niño o niña	
Fecha de nacimiento	

Evaluación: _____meses

Fecha de evaluación		**Edad cronológica**	
Nombre de examinador			

Edad mental		**EM/EC**		**PE**	

Coeficiente de Desarrollo (CD)	**Normal**	**Riesgo**	**Retraso**

Área	**Coordinación** ○	**Social** ○	**Lenguaje** ○	**Motora** ○
Normal	○	○	○	○
Déficit	○	○	○	○

Diagnóstico	Normal	Normal con rezago ○	Riesgo ○	Retraso ○

Evaluación: _____meses

Fecha de evaluación		**Edad cronológica**	
Nombre de examinador			

Edad mental		**EM/EC**		**PE**	

Coeficiente de Desarrollo (CD)	**Normal**	**Riesgo**	**Retraso**

Área	**Coordinación** ○	**Social** ○	**Lenguaje** ○	**Motora** ○
Normal	○	○	○	○
Déficit	○	○	○	○

Diagnóstico	Normal ○	Normal con rezago ○	Riesgo ○	Retraso ○

17. TEPSI: TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2 A 5 AÑOS

Test de desarrollo psicomotor 2 a 5 años, evalúa desarrollo psíquico infantil en tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad mediante la observación de la conducta del niño o la niña frente a situaciones propuestas por el examinador. Tienen carácter de tamizaje, por lo que evalúa el rendimiento en cuanto a una norma estadística por grupo de edad.

1. Coordinación: comprende la habilidad del niño o la niña para manipular objetos y dibujar.
2. Lenguaje: comprende aspectos de comprensión y de expresión del lenguaje.
3. Motricidad: comprende la habilidad del niño o la niña para manejar su propio cuerpo.

Administración
El examinador debe familiarizarse y asegurarse de que niño o la niña esté interesado y dispuesto a cooperar. El niño o la niña debe estar en condiciones adecuadas en cuanto a salud y sueño.

Antes de iniciar el test se debe saber la edad cronológica del evaluado, calculando diferencia de años, meses y días entre la fecha de nacimiento y la fecha en que se realiza la evaluación. El test debe aplicarse completo y en el orden estipulado, es decir debe comenzarse en el ítem 1 del Subtest de Coordinación hasta llegar al 16, luego debe aplicarse los veinticuatro ítems de Subtest de Lenguaje, y finalmente los doce ítems de Subtest Motricidad. No se debe suspender la administración de un subtest pese a fracaso en varios ítems sucesivos. En caso de observarse fatiga, puede darse un descanso entre subtests.

Interpretación
Una vez obtenida las respuestas debe asignarse el puntaje correspondiente a cada ítem y se debe sumar el puntaje de cada subtest y el total de test, obteniéndose el “Puntaje Bruto”. Una vez obtenidos los puntajes brutos de cada subtests y del total del test, se debe transformar el puntaje a “Puntaje T” a través de tablas correspondiente a la edad, e interpretar los resultados según la siguiente tabla:

Desempeño	Puntaje T
Normal	≥ a 40 puntos
Riesgo	30 a 39 puntos
Retraso	≤ 29 puntos

Tablas de conversión de “Puntaje Bruto” a “Puntaje T”

Puntaje T Test Total: 3 años, 0 meses, 1 día - 3 años, 6 meses, 1 día

Puntaje bruto	Puntaje T	Puntaje bruto	Puntaje T	Puntaje bruto	Puntaje T	Puntaje bruto	Puntaje T
2 o menos	20	15	35	28	51	41	67
3	21	16	37	29	52	42	68
4	22	17	38	30	53	43	69
5	23	18	39	31	55	44	70
6	24	19	40	32	56	45	72
7	26	20	41	33	57	46	73
8	27	21	43	34	58	47	74
9	28	22	44	35	59	48	75
10	29	23	45	36	61	49	76
11	30	24	46	37	62	50	78
12	32	25	47	38	63	51	79
13	33	26	49	39	64	52	80
14	34	27	50	40	65		

Puntaje T por subtest: 3 años, 0 meses, 1 día - 3 años, 6 meses, 1 día

Puntaje bruto	Coodinación	Lenguaje	Motricidad
0	20	24	20
1	24	26	25
2	28	28	30
3	32	30	35
4	36	32	39
5	40	34	44
6	43	36	49
7	47	38	54
8	51	40	59
9	55	42	64
10	59	44	69
11	63	45	73
12	67	47	78
13	71	49	-
14	75	51	-
15	79	53	-
16	83	55	-
17	-	57	-
18	-	59	-
19	-	61	-
20	-	63	-
21	-	64	-
22	-	66	-
23	-	68	-
24	-	70	-

Puntaje T Test Total: 3 años, 6 meses, 1 día - 4 años, 0 meses, 0 día

Puntaje bruto	Puntaje T	Puntaje bruto	Puntaje T	Puntaje bruto	Puntaje T	Puntaje bruto	Puntaje T
14 o menos	20	24	35	34	50	44	65
15	21	25	36	35	51	45	66
16	23	26	38	36	53	46	68
17	24	27	39	37	54	47	69
18	26	28	41	38	56	48	71
19	27	29	42	39	57	49	72
20	29	30	44	40	59	50	74
21	30	31	45	41	60	51	75
22	32	32	47	42	62	52	77
23	33	33	48	43	63		

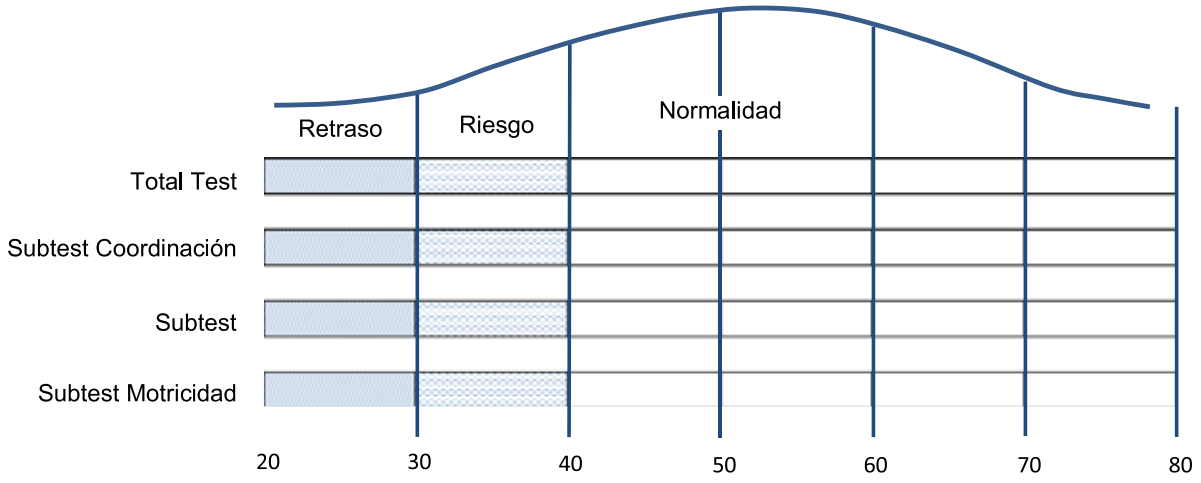
Puntaje T por subtest: 3 años, 6 meses, 1 día - 4 años, 0 meses, 0 día

Coordinación		Lenguaje		Motricidad	
Puntaje bruto	Puntaje T	Puntaje bruto	Puntaje T	Puntaje bruto	Puntaje T
3 o menos	18	4 o menos	20	1	17
4	23	5	22	2	22
5	28	6	24	3	27
6	32	7	27	4	32
7	37	8	29	5	37
8	42	9	31	6	42
9	47	10	34	7	46
10	52	11	36	8	51
11	57	12	39	9	56
12	62	13	41	10	61
13	67	14	43	11	65
14	72	15	46	12	70
15	77	16	48	-	-
16	82	17	50	-	-
-	-	18	53	-	-
-	-	19	55	-	-
-	-	20	57	-	-
-	-	21	60	-	-
-	-	22	62	-	-
-	-	23	65	-	-
-	-	24	67	-	-

Protocolo Test de Desarrollo psicomotor 2-5 años TEPSI

Nombre del niño o niña					
Edad	_____ años _____meses _____días				
Fecha de nacimiento					
Fecha de examen					
Jardín infantil					
Nombre de la madre					
Nombre del padre					
Dirección					
Examinador					
Resultados Test Total					
Puntaje Bruto		Puntaje T			
Categoría	Normal	Riesgo		Retraso	
Resultados por subtest					
	Puntaje Bruto	Puntaje T	Categoría		
Coordinación					
Lenguaje					
Motricidad					

Perfil TEPSI



Observaciones

18. PAUTA DE SEGURIDAD INFANTIL

Evaluación de las condiciones de seguridad para niños y niñas
Elaborada por Centro de Enfermería para el Autocuidado – Programa EPAS, Facultad de Medicina, PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Estimados Padres, para poder disminuir efectivamente los riesgos de accidentes en el hogar, lo primero y fundamental es influir en el ambiente que rodea al niño o niña, de modo que se pueda desplazar y crecer en un hogar seguro, libre de riesgos.

A continuación, lea la siguiente lista que contiene los posibles peligros más frecuentes que se pueden encontrar en una casa. Luego, chequeen y consignen los peligros que existen en su casa. Por último, propóngase las medidas necesarias para disminuirlos o eliminarlos.

La próxima vez que traigan a su hijo para supervisar su crecimiento y desarrollo (control de los 8 meses de vida), esperamos que traigan las dudas que les han surgido, junto con las medidas que ya han tomado frente a los peligros que encontraron en su casa.

Su hijo o hija y nosotros les agradecemos su colaboración.

	Preguntas	Sí	No
1	Medicamentos al alcance de los niños.		
2	Detergentes, veneno, cloro al alcance de los niños.		
3	Materiales de construcción al alcance de los niños.		
4	Basureros al alcance de los niños.		
5	Calefón sin tubo extractor.		
6	Estufas, braseros en ambientes no ventilados.		
7	Bolsas plásticas al alcance de los niños.		
8	Plantas dentro del hogar [102]		
9	Conexiones de gas al alcance de los niños		
10	Productos tóxicos en botellas de bebidas.		
11	Escaleras sin protección (puertas de seguridad)		
12	Puertas divisorias de vidrio sin señalización		
13	Balcones sin protección (sin mallas de seguridad)		
14	Ventanas sin protección (sin mallas de seguridad)		
15	Muebles cerca de las ventanas.		
16	Mesas bajas con esquinas puntiagudas.		
17	Puertas batientes.		
18	Materiales de costura al alcance de los niños.		
19	Utensilios de cocina al alcance de los niños.		
20	Pisos resbaladizos al limpiarlos (tener precaución al hacer aseo).		
21	Alfombras no adheridas al suelo o sueltas.		
22	Rejas con barrotes de separación suficiente, para que el niño pueda meter la cabeza.		
23	Mangos de ollas hacia fuera mientras se cocina.		

102 Dentro de las pantas venenosas de más frecuencia en Chile, se encuentran: Chamico, Floripondio, Digital o dedalera, Laurel en flor, Muguete, Planta del tabaco, Cala Filodendro, Manto de Eva, Cicuta, Huaqui o Maqui del diablo, Muérdago. Para Ver fotos y obtener mayor información visitar información www.cituc.cl

24	Enchufes sin protección.		
25	Conexiones eléctricas defectuosas.		
26	Libre entrada a la cocina en hora de preparación de alimentos.		
27	Fósforos al alcance de los niños.		
28	Chimeneas sin protección.		
29	Estufas, braseros o anafres en pasillos o sitios de tránsito.		
30	Planchas enchufadas al alcance de los niños.		
31	Mesas con manteles largos.		
32	Juguetes de los hermanos mayores con partes pequeñas al alcance (bolitas, autitos, etc.).		
33	Objetos afilados como prendedores, aros, alfileres en la ropa de quien lo cuida o al alcance del niño o niña		
34	Armas de fuego al alcance de los niños.		
35	Puertas con seguro interno (se podrían encerrar con llave).		
36	Acequias o canales cerca de la casa sin protección.		
37	Piscinas sin protección.		
38	Muebles móviles especialmente aquellos con objetos pesados encima		
39	Cocina no fijada a la pared		
40	Hervidores eléctricos con cable al alcance del niño		
41	Transporte del niño o niña en vehículo sin de silla de auto adecuada a la edad o instalada de manera incorrecta (debe estar mirando hacia atrás y puesta en asiento trasero).		

Hemos tomado las siguientes medidas frente a los peligros encontrados:

Firma Firma

Parentesco: Parentesco:

19. CUESTIONARIO DE SALUD INFANTIL DE 5 A 9 AÑOS

Recolectar información de salud y antecedentes del niño o niña de kínder a cuarto básico que recibirá el control de salud escolar en establecimiento educacional. Cuestionario dos formas, uno para niños y otra para niñas, ambas formas poseen tres secciones, a saber:

Sección 1, identificación: Donde se recolectan datos de identificación del niño o la niña

Sección 2, signos de Alerta, se compone de preguntas dicotómicas (sí y no) que indagan sobre la existencia de factores asociados a problemas de salud en problemas frecuentes en este grupo.

Sección 3, Indicar estadio de desarrollo puberal, en esta sección describe y esquematiza la escala de desarrollo físico según sexo, a través de 5 estadios de desarrollo para mamas, genitales femeninos y masculinos y vello púbico (Escala Tanner). En esta sección el padre o cuidador u el profesional en presencia del apoderado debe observar el estado de desarrollo del niño o niña, e indicar con una cruz el estadio que mejor se ajuste la descripción. En caso que asista la madre, padre o cuidador al control de salud

Aplicación
Existen dos posibilidades de aplicación:

Autoaplicado: En caso de que el control de la salud escolar se realice en ausencia de la Madre, padre o cuidador principal, el cuestionario lo debe completar en su totalidad y directamente la Madre del niño o niña a controlar, quien posteriormente debe hacerlo llegar sus respuestas al equipo de salud.

Se solicita explícitamente que este cuestionario lo complete la Madre y no otro integrante de la familia, dado que es necesario que para su completación se haga observación directa del estadio de desarrollo puberal del niño o niña.

Aplicado por equipo de salud escolar: Si el control se realiza en presencia de la Madre, padre o cuidador principal, el profesional que realiza el control realizará las preguntas de la sección A y B, y realizar por observación directa la sección C.

Interpretación
No existe puntuación de las respuestas, pero las respuestas señaladas gatillarán acciones determinadas, a saber:

- Sección 1: No aplica
- Sección 2: La respuesta afirmativa a una pregunta debe gatillar que el profesional realice un examen más acucioso en las áreas correspondientes, de modo de evaluar si es necesario se realice la derivación, ver “Criterios de derivación y conducta a seguir”.
- Sección 3: Evaluar si los estadios señalados por la madre u observados por el profesional corresponden a la edad cronológica del niño o niña.

<u>Criterio de derivación y conducta a seguir</u>
Tras efectuado el control de salud y si el profesional considera que los antecedentes y las observaciones lo ameritan, se pueden realizar las siguientes derivaciones según corresponda:

Hombres

Tópico	Posición de Pregunta	Acciones a seguir
Orina	1 y 2	Derivación a médico de atención primaria o de red correspondiente para manejo y/o eventual derivación
Deposiciones/ Anal	3,4, 5 y 6	
Genital	7, 8 y 9	
Ingle	10	
Pubertad	11	Derivación a médico de red de salud de atención primaria para estudio de adrenarquia
Respiratorio	12,13,14 y 15	Derivar a médico IRA o a kinesiólogo sala IRA según flujogramas
Pediculosis	16	Recomendaciones al apoderado

Mujeres

Tópico	Posición de Pregunta	Acciones a seguir
Orina	1 y 2	Derivación a médico de atención primaria o de red correspondiente para manejo y/o eventual derivación
Deposiciones/ Anal	3,4, 5 y 6	
Genital	7	
Ingle	8	
Pubertad	9 y 15 (si es antes de los 8 años)	Derivación a médico de red de salud de atención primaria para estudio de adrenarquia
Respiratorio	10,11,12,13	Derivar a médico IRA o a kinesiólogo sala IRA según flujogramas
Pediculosis	14	Recomendaciones al apoderado

Cuestionario de salud infantil de 5 a 9 años - Hombres

Este cuestionario debe ser contestado por la madre, tiene como objetivo apoyar el control de salud de 5 a 9 años. Solicitamos que pueda contestar lo más precisamente posible y entregarlo o enviarlo al profesional que realice el control de salud escolar. Este formulario entrega valiosa información que permite determinar si su hijo tiene algún problema de salud que requiere intervención y es complementario a las preguntas y examen físico que se realiza en la escuela. Por protección a los niños el examen escolar no incluye una revisión de los genitales, salvo que un cuidador principal (mamá, papá) estén presentes y lo autorice. Es por esto que se realizan algunas preguntas de desarrollo genital, así como algunas preguntas orientadas a detectar problemas genitourinarios y anales. Agradecemos su cooperación.

Las respuestas a este cuestionario serán confidenciales (de conocimiento del profesional de la salud) y deben ser entregadas en un sobre sellado al profesor jefe, quien se los entregará al profesional de salud que realice el control de salud.

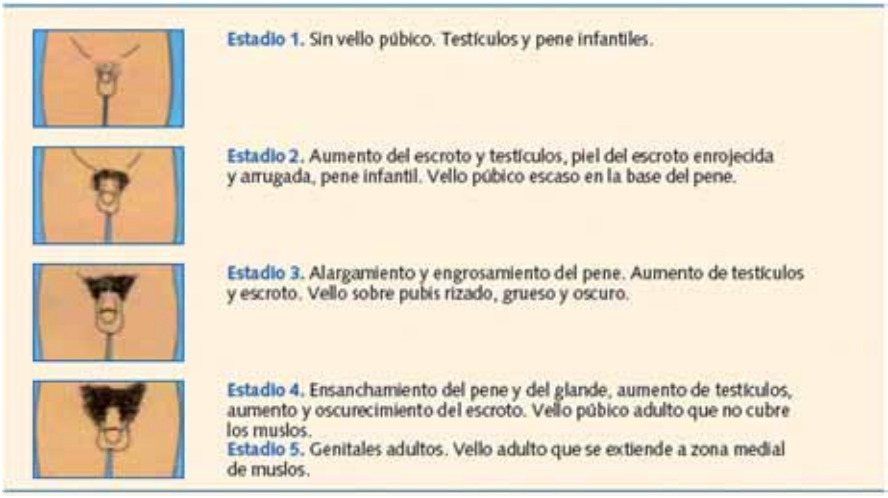
Nombre del Niño(a):									
Fecha de Nacimiento			**Edad (años y meses cumplidos)**						
Nombre de la Madre									
Dirección				**Teléfono**					
Colegio					**Curso**				
RUT									

Marque una X la opción que corresponda a su hijo

	Preguntas	SÍ	NO
1	¿No controla el pipí de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
2	¿Se queja de dolor frecuente al hacer pipí?		
3	¿No controla deposiciones (caca) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
4	¿Actualmente tiene parásitos (gusanos) en sus deposiciones o en zona anal?		
5	¿Mancha los calzoncillos con secreción o deposiciones en forma habitual?		
6	¿Tiene picazón anal frecuente?		
7	¿Tiene secreción de muy mal olor en el pene, picazón frecuente o dolor en genitales?		
8	¿La piel que recubre el pene es estrecha y no permite salir la cabeza del pene?		
9	¿Uno o ambos testículos están ausentes en escroto (bolsita)?		
10	¿Tiene un aumento de volumen (hinchazón) en la ingle (parte del cuerpo entre el muslo y abdomen)?		
11	¿Tiene olor axilar similar al de un adulto (Esto es normal desde los 6 años en adelante)?		
12	¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho en estos últimos doce meses?		
13	¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho durante o después de hacer ejercicios (correr, etc.) en estos últimos doce meses?		
14	¿Ronca de noche?		
15	Si ronca de noche ¿tiene pausas respiratorias? (Se queda sin respirar al menos 15 segundos y luego vuelve a respirar)		
16	¿Tiene actualmente piojos en su pelo?		

Lea las siguientes descripciones del desarrollo genital (pene y testículos) y del vello púbico (pelos en pubis). La etapa en la que se encuentra el niño es la más avanzada presente para genitales o vello púbico. **Indique con una X el estadio que corresponda.**

	Genitales (pene y testículos)	Indique Estadio	Vello Púbico (pelos en pubis)	Indique Estadio
Estadío 1	El pene y testículos no han cambiado, siguen siendo infantiles		No hay pelos en zona púbica	
Estadío 2	El escroto (bolsa donde van los testículos) está enrojecido y arrugado, los testículos aumentan de tamaño levemente (2,5 cm de largo), el pene no se ha modificado		Hay pelos suaves, lisos o levemente rizados en el pubis	
Estadío 3	El pene se engrosa, los testículos siguen aumentando de tamaño (3,5 a 4 cm de largo)		Pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.	
Estadío 4	El pene se engrosa más y hay mayor desarrollo del glande (cabeza). Los testículos siguen aumentando de tamaño (4 a 4,5 cm de largo)		El vello tiene las características del adulto, más abundante, pero sin extenderse hacia los muslos (piernas)	
Estadío 5	Los genitales tienen forma y tamaño similar al del adulto. Los testículos miden más de 4,5 cm de largo		Vello se extiende hacia los muslos	



Indique alguna inquietud que tenga al respecto a la salud de su hijo

Cuestionario de salud infantil de 5 a 9 años - Mujeres

Este cuestionario debe ser contestado por la madre, tiene como objetivo apoyar el control de salud de 5 a 9 años. Solicitamos que pueda contestar lo más precisamente posible y entregarlo o enviarlo al profesional que realice el control de salud escolar. Este formulario entrega valiosa información que permite determinar si su hija tiene algún problema de salud que requiere intervención y es complementario a las preguntas y examen físico que se realiza en la escuela. Por protección a los niñas el examen escolar no incluye una revisión de los genitales, salvo que un cuidador principal (mamá, papá) estén presentes y lo autorice. Es por esto que se realizan algunas preguntas de desarrollo genital, así como algunas preguntas orientadas a detectar problemas genitourinarios y anales. Agradecemos su cooperación.

Las respuestas a este cuestionario serán confidenciales (de conocimiento del profesional de la salud) y deben ser entregadas en un sobre sellado al profesor jefe, quien se los entregará al profesional de salud que realice el control de salud.

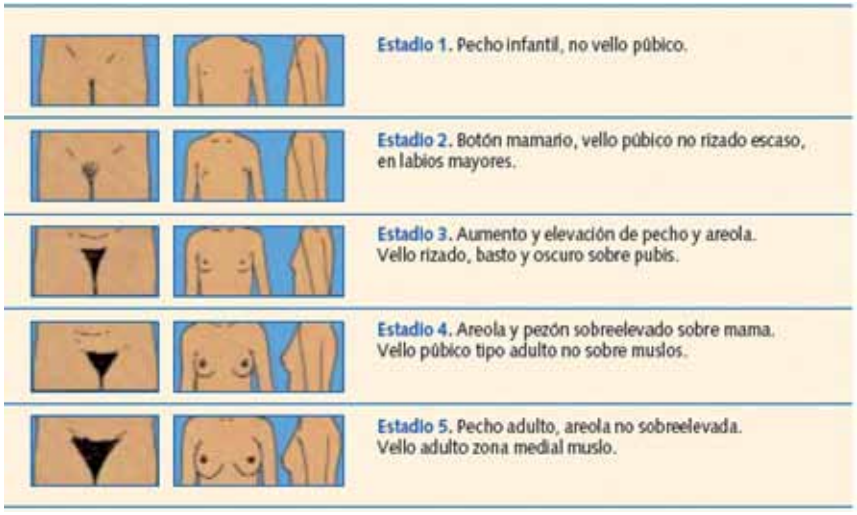
Nombre de la Niña:			
Fecha de Nacimiento		Edad (años y meses cumplidos)	
Nombre de la Madre			
Dirección		Teléfono	
Colegio		Curso	

Marque SÍ o NO a las siguientes preguntas

	Preguntas	SÌ	NO
1	¿No controla el pipí de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
2	¿Se queja de dolor frecuente al hacer pipí?		
3	¿No controla el deposiciones (caca) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
4	¿Actualmente parásitos (gusanos) en sus deposiciones o en zona anal?		
5	¿Mancha los calzones con secreción o deposiciones en forma habitual?		
6	¿Tiene picazón anal frecuente?		
7	¿Tiene secreción de muy mal olor en genitales, picazón frecuente en genitales o dolor en genitales?		
8	¿Tiene un aumento de volumen (hinchazón) en la ingle (parte del cuerpo entre el muslo y abdomen)?		
9	¿Tiene olor axilar similar al de un adulto (Esto es normal desde los 6 años en adelante)?		
10	¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho en estos últimos doce meses?		
11	¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho durante o después de hacer ejercicios (correr, etc.) en estos últimos doce meses?		
12	¿Ronca de noche?		
13	Si ronca de noche ¿tiene pausas respiratorias? (Se queda sin respirar al menos 15 segundos y luego vuelve a respirar)		
14	¿Tiene actualmente piojos en su pelo?		
15	¿Ha tenido su primera menstruación?		
	Si tuvo menstruación, indique la edad cumplida en años de la primera		

Lea las siguientes descripciones del desarrollo mamario (de los pechos) y del vello púbico (pelos en pubis). La etapa en la que se encuentra la niña es la más avanzada presente para mamas o vello púbico. **Indique con una X el estadio que corresponda.**

	Mamas (pecho)	Indique estadio	Vello Púbico (pelos en pubis)	Indique estadio
Estadío 1	No tiene desarrollo alguno, puede haber un poco de grasa blanda en zona mamaria		No hay pelos en zona púbica	
Estadío 2	Aumento de volumen (como una lenteja o más grande) duro, a veces doloroso, bajo el pezón		Hay pelos suaves, lisos o levemente rizados en el pubis	
Estadío 3	Crecimiento de la mama y del pezón, mayor color en pezón		Pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.	
Estadío 4	Mayor aumento de la mama, con la areola (parte de color) más oscura y solevantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama)		El vello tiene las características del adulto, mas abundante, pero sin extenderse hacia los muslos (piernas)	
Estadío 5	Mama desarrollada en la que sólo sobresale el pezón		Vello se extiende hacia los muslos	



Indique alguna inquietud que tenga al respecto a la salud de su hija

20. TEST DE CONNERS ABREVIADO

El Objetivo de este test es evaluar la presencia de síntomas asociados a hiperactividad. La versión abreviada contiene 10 ítems cuyas opciones de respuesta son “nada”, “poco”, “bastante” o “mucho”. Si bien el Test de Conners aún no ha sido validado en Chile, es el instrumento sugerido para el tamizaje de síntomas asociados a hiperactividad.

Existen dos formas, una dirigida a padres y otra a profesores.

Aplicación
Este cuestionario es auto-aplicado, por lo tanto lo debe responder directamente la madre, el padre o cuidador principal y el profesor jefe del niño o la niña evaluada. Por lo tanto por cada alumno o alumna se recibirán dos cuestionarios

Interpretación
Una vez respondido el cuestionario el profesional de salud de asignar valor a las respuestas entregadas por los padres o profesor, según el siguiente criterio:

Categoría	puntos
Nada	0
Poco	1
Bastante	2
Mucho	3

Una vez valorizadas las respuestas se suman los puntajes obtenidos en cada uno de los cuestionarios (para profesores y para padres) de manera independiente. Para cada cuestionario, una puntuación de 15 puntos o más indica sospecha de riesgo[103]. En este caso se debe derivar a consulta médica para confirmación diagnóstica.

103 En distintos países se han definido puntos de corte diferentes. Tomando en consideración la opinión de expertos nacionales, en nuestro país se empleará un punto de corte de 15, para ambos sexos, el que podría modificarse una vez validado el instrumento.

Test Conners Abreviado – Profesores

Nombre del niño o niña			
Nombre de profesor			
Fecha			

Conducta a evaluar	Grado de actividad Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Inquieto, hiperactivo				
2. Perturba a otros niños				
3. Excitable, impulsivo				
4. No termina lo que comienza				
5. Constantemente moviéndose en la silla				
6. Desatento, fácilmente distráctil				
7. Debe satisfacérsele pedidos de inmediato, fácilmente frustrable				
8. Llora fácil y frecuentemente				
9. Cambios de humor rápidos y drásticos				
10. Pataletas, conductas explosivas e impredecibles				
			TOTAL	

Firma del Profesor

Test Conners Abreviado – Madres, padres o cuidadores

Nombre del niño o la niña				
Nombre del apoderado				
Parentesco con niño o niña				
Fecha				

El presente instrumento tiene como objetivo evaluar el comportamiento de su hijo o hija.
No existen respuestas correctas o incorrectas, por lo que le pedimos responder con toda sinceridad. Idealmente debe ser contestado por ambos padres.

Para resguardar la confidencialidad de sus respuestas, hacer llegar el cuestionario al establecimiento educacional en sobre sellado.

Conducta a evaluar	Grado de actividad			
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
			TOTAL	

21. HEADSSS

Traducido y adaptado a escolares por Programa Nacional de Salud de la Infancia.

H **Hogar:** Genograma, estructura y funcionamiento familiar, presencia de maltrato/abuso

a. ¿Dónde vives?
b. ¿Con quién vives?
c. ¿Cómo se llevan las personas que viven en tu casa?
d. ¿Peleas con tus papás?
e. ¿Te sientes seguro en tu casa?

E **Educación y Trabajo:** rendimiento escolar, conducta y relaciones con sus pares, matonaje.

a. ¿Te sientes seguro en la escuela?
b. ¿El matonaje es un problema en tu colegio? ¿Existe cyber matonaje?
c. ¿Cómo te va en el colegio? ¿Hay algunos ramos que te cuesten más? ¿Tienes promedios rojos? ¿Has bajado tus notas este año?
d. ¿Dónde te sientas? ¿Te cuesta ver la pizarra? ¿Te cuesta escuchar lo que dice el profesor? ¿Tienes dificultad para concentrarte?
e. ¿Estás trabajando o ayudando a tus padres/personas que te cuidan/otras personas en su trabajo? ¿Cuánto tiempo dedicas a esto?
f. ¿Alguna vez has repetido un año? ¿Qué curso?
g. ¿Alguna vez te han suspendido por mala conducta o han llamado a tus padres?
h. ¿Te retan mucho tus profesores? ¿Por qué?
i. ¿Has tenido problemas con tus profesores? ¿Cuáles?

A **Actividades extracurriculares y extraescolares**

a. Actividades extraescolares, pertenencia a grupos, actividad física, uso de televisión y computador.
b. ¿Tienes amigos fuera del colegio?
c. ¿Qué haces en tu tiempo libre?
d. ¿Tienes alguna actividad extraescolar? (cuál/frecuencia)
e. ¿Practicas deportes? (cuál/frecuencia) ¿Realizas actividad física? (preguntar por juegos activos)
f. ¿Ves televisión o usas el computador a diario? ¿Cuánto tiempo?

D **Drogas y dieta:** comida saludable, kioskos saludables, imagen corporal, snacks, tabaquismo pasivo o activo, uso de otras drogas.

a. ¿Tus amigos o compañeros fuman? ¿Toman alcohol? ¿Usan alguna droga?
b. Alguien fuma tabaco en tu casa? ¿Alguien toma alcohol en tu casa? (intentar evaluar si es problemático o no)
c. ¿Tú has fumado? ¿Tomado alcohol? ¿Usado alguna droga?
d. ¿Comes frutas y verduras todos los días? ¿Cuántas veces comes al día? ¿Cenas por la noche?
e. ¿Qué comes de colación en la escuela? ¿Conoces los kioskos saludables?
f. ¿Estás conforme con tu cuerpo? ¿Has hecho dietas para adelgazar o ejercicio para adelgazar?

S **Sexualidad:** Dudas con su cuerpo, dudas sobre menstruación.

a. ¿Tienes dudas sobre tu cuerpo y su desarrollo?
b. ¿Tienes dudas sobre la menstruación? (niñas)
c. Acá podrían incluirse algunas preguntas para detectar riesgo de abuso

S **Seguridad:** uso seguro de Internet, uso seguro de aparatos sonoros (audífonos), uso de casco para actividades sobre ruedas, uso de cinturón de seguridad y alzador, violencia y acceso a armas de fuego.

a. ¿Usas Internet?
b. ¿Tienes cuenta de facebook o twitter? ¿Chateas por Internet?
c. ¿has conocido personas nuevas a través de Internet?
d. ¿has dado información personal a través de Internet?
e. ¿te han pedido alguna vez mostrar partes de tu cuerpo o hacer algo que te incomode?
f. ¿Te has juntado con alguien que conociste por Internet?
g. ¿Escuchas música con audífonos?
h. Si andas en auto ¿Usas un alzador? ¿En qué parte del auto te sientas? ¿Usas cinturón de seguridad?
i. Cuando andas en bicicleta ¿Usas casco siempre?
j. En tu casa o en tu barrio, ¿hay armas de fuego? ¿Sabes donde están?

S **Salud mental y riesgo de Suicidio:** Sueño, ánimo.

a. ¿Te has sentido triste o con poco ánimo últimamente?
b. ¿Has pensado en hacerte daño?
c. ¿Cómo estás durmiendo por las noches?

22. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Fuente: Breinbauer, H; Vásquez, H; Mayanz, S; Guerra, C; Teresa Millán, «Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada» Rev Med Chile; 137; 657-665, 2009.

El Objetivo de la Escala Zarit es medir la sobrecarga del cuidador evaluando dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidad. Las preguntas de la escala sin tipo Likert de 5 opciones:

Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

Aplicación
Esta escala puede ser autoaplicada o aplicada por el profesional que realiza el control del salud.

Interpretación
Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en:

Ausencia de sobrecarga	≤46
Sobrecarga ligera	47-55
Sobrecarga intensa	≥56

- El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa.
- El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador, por lo cual se debe indicar.
- La ausencia de sobrecarga, requiere monitoreo, sobre todo ante aumento de los requerimientos de cuidado

	Pregunta	Nunca	Rara vez	Alguna veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras resposabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10	¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiarr?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustarñia debido a tener que cuidar a su familiar?					
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					

23. MATERIAL DE APOYO PARA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA NANEAS

Incluye curvas de crecimiento en grupos específicos como evaluación nutricional complementaria.

Necesidades especiales generales	General principles in the care of children and adolescents with genetic disorders and other chronic health conditions. American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities. Pediatrics. 1997; 99(4):643-4.	
Cuidados nutricionales	Position of the American Dietetic Association: Providing Nutrition Services for Infants, Children and Adults with Developmental Disabilities and Special Health Care Needs. J Am Diet Assoc. 2004; 104 (1): 97-107	
Neurofibromatosis	Hersh JH; American Academy of Pediatrics Committee on Genetics. Health supervision for children with neurofibromatosis. Pediatrics 2008; 121(3): 633-42.	
	Guías anticipatorias	**Curvas de crecimiento**
Síndrome de Down	American Academy of Pediatrics. Committee on Genetics. American Academy of Pediatrics: Health supervision for children with Down syndrome. Pediatrics 2011; 128: 393-406.	Pastor X y cols. Tablas de crecimiento actualizadas de los niños españoles con síndrome de Down. Revista Médica Internacional sobre el Síndrome de Down 2004;8:34-46
Parálisis Cerebral	Cooley WC; American Academy of Pediatrics Committee on Children With Disabilities. Providing a primary care medical home for children and youth with cerebral palsy. Pediatrics. 2004; 114(4):1106-13.	Day SM, et al. Growth patterns in a population of children and adolescents with Cerebral Palsy. Dev Med Child Neurol 2007, 49: 167–171 Brooks J, et al. Low Weight, Morbidity, and Mortality in Children With Cerebral Palsy: New Clinical Growth Charts. Pediatrics 2011;128: e299-e307.
Síndrome de Turner	Frías JL, Davenport ML; Committee on Genetics and Section on Endocrinology. Health supervision for children with Turner syndrome. Pediatrics. 2003;111:692-702.	Sempé M, Hansson Bondallaz C, Limoni C. Growth curves in untreated Ullrich-Turner syndrome: French reference standards 1-22 years. Eur J Pediatr. 1996;155: 862-9.
Síndrome de Prader Willi	Health supervision for children with prader-willi syndrome mccandless se; committee on genetics. Pediatrics. 2011 jan;127(1):195-204	Butler MG, Sturich J, Lee J, et al. Growth Standards of Infants With Prader-Willi Syndrome. Pediatrics. 2011 ;127: 687-695.
Acondroplasia	Trotter TL, Hall JG; American Academy of Pediatrics Committee on Genetics. Health supervision for children with achondroplasia. Pediatrics. 2005;116:771-83.	-Hoover-Fong JE, et al. Weight for age charts for children with Achondroplasia. Am J Med Genet 2007. Part A 143A:2227–2235 -Hoover-Fong JE, et al. Age-appropriate body mass index in children with Achondroplasia: interpretation in relation to indexes of height. Am J Clin Nutr 2008; 88:364 – 71.

24. MATERIALES A ENTREGAR O VERIFICAR SU ENTREGA

Materiales a entregar en los controles o a verificar su entrega

Nombre	Descripción
Set de Implementos Básicos del PARN	1. Paquete cuna corral equipada: 2. Paquete de cuidados básicos y estimulación 3. Paquete de apego y vestuario
Acompañándote a descubrir 1	Pack 1: Bienvenida, Guía y registro para el desarrollo de tu hijo o hija de 0-24 meses, Línea desarrollo, Set de fichas estimulación (17 fichas) Pack 2: Álbum de recuerdos y Móvil Pack 3: Títeres dedo (2 sets)
Acompañándote a descubrir 2	Pack 1: Bienvenida; línea desarrollo (4 láminas); fichas estimulación (17 fichas); Set tabla de crecimiento (1 lámina y adhesivos y Pack 2: Libros de colores (5 unidades en idioma español, aymara, quechua, rapa-nui y mapudungún) y libros de relaciones espaciales (5 unidades en idioma español, aymara, quechua, rapa-nui y mapudungún) Pack 3: Set puzzle de dos piezas (3 unidades); libro de figuras geométricas y libro cotidiáfonos Pack 4: Set puzzle tres piezas (2 unidades) y libros de números (5 unidades en idioma español, aymara, quechua, rapa-nui y mapudungún) Pack 5: Libro de vocales y Puzzle de seis piezas

Cartilla para el apoyo a la crianza y desarrollo de niños y niñas - Chile Crece Contigo

A continuación se recomiendan algunos rangos estadios para entregar las Cartillas educativas, sin embargos su entrega es según los casos particulares de cada caso y su pertienecia:

Nombre de Cartilla	Período recomendado
Lactancia Materna	Controles entre los 0 a 4 meses, idealmente en el primer control de la díada
Extracción y conservación de lecha	Controles entre los 0 a 12 meses
Destete respetuoso	Momento en que la familia decida, idealmente desde los 6 meses
Alimentación complementaria	Control nutricional de los 5 meses
Porteo y uso de porta bebe	Desdelos 2 meses
Sueño	Desde el nacimiento hasta los 6 años
Apego	Dentro del primer año, idealmente en el primer control de la díada
Llanto	Idealmente dentro de los primeros 8 meses
Masajes	Dentro del primer año, idealmente en el primer control de la díada
Pataletas	Idealmente desde el primer año
Recomendaciones para el fomento del lenguaje	Desde las primeras palabras, desde los 8 meses aproximadamente

25. RED DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA PARA LA SALUD, CRIANZA Y DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS

	Descripción	Contacto
Ministerio de Salud	Sitio web en el que encontrarás información institucional del Ministerio de Salud, normativas, guías clínicas y reportes periódicos del estado de la red asistencial, incluyendo información epidemiológica.	www.minsal.cl
Salud Responde	Servicio de atención telefónica en temas de salud. Atendido por médicos, enfermeras y matronas. Horario de atención: Durante las 24 horas del día.	600 360 7777
Fono Infancia	Servicio de atención telefónica gratuito (desde teléfonos de red fija y celulares) de cobertura nacional, especializado en temas de crianza, desarrollo infantil y familia. Atendido por psicólogos/as. Horario de atención: De lunes a viernes de 9:00 a 18:00	800 200 818
Chile atiende	Red de protección social del Gobierno de Chile, que busca dar seguridad y oportunidades a los chilenos y chilenas a lo largo de toda su vida. Se puede obtener información de la Red de Protección Social, como bono por hijo, becas de educación, Chile Solidario, pensión básica solidaria, Plan Auge, Seguro de Cesantía, Subsidio al Empleo Joven,Subsidio para la Vivienda. Además obteniendo una clave, se pueden realizar trámites en línea.	http://www.chileatiende.cl/
FONASA	Informaciones, tipos de beneficios, servicios de las sucursales, nota de las licencias médicas, consultas en línea de valorización de prestaciones, información sobre planes, cobertura, beneficios, entre otros.	600 360 3000 www.fonasa.cl
Infopárvulos	Sitio web en el que encontrarás información sobre salas cuna y jardines infantiles del país, pertenecientes a JUNJI e Integra.	www.infoparvulos.cl
Junji	Sitio web en el que encontrarás información sobre la Junta nacional de Jardines Infantiles.	www.junji.cl
Fundación Integra	Sitio web en el que encontrarás información sobre Fundación Integra.	www.integra.cl
Buscador de Jardines Infantiles JUNJI	Sitio web en el que se pueden encontrar todos los jardines infantiles y salas cuna pertenecientes a JUNJI o acreditados por la institución.	www.junji.cl/jardinesjunji/
Buscador de Jardines Infantiles Fundación Integra	Sitio web en el que se pueden encontrar todos los jardines infantiles y salas cuna pertenecientes a Fundación Integra.	http://www.integra.cl/fundinte.nsf/buscadorJardin?OpenForm&cate=Buscador%20Jardin%20Infantil
Centro de atención laboral de la Dirección del Trabajo	Información sobre protección a la maternidad y paternidad en el contexto laboral, permisos, subsidios, licencias médicas, fuero maternal, permisos administrativos, entre otros.	600 450 4000 http://www.dt.gob.cl/consultas/1613/w3-channel.html

Servicio Nacional de Menores	Información y denuncias de situaciones de vulneración de derechos de niños/as, maltrato infantil y abuso sexual. Atendido por la Policía de Investigaciones de Chile.	800 730 800 www.sename.cl
Servicio Nacional de la Mujer,	Organismo encargado de promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.	(02) 549 61 00 www.sernam.cl
Sernam Fonoayuda Violencia	Línea de atención telefónica gratuita que entrega información sobre violencia intrafamiliar, Cómo, dónde y quién puede denunciar. Labor que realizan los Centros de la Mujer y direcciones donde concurrir.Función de los Centros de Hombres por una Vida sin Violencia y sus direcciones.Ubicación de las Direcciones Regionales de SERNAM.	800 104 008
Fono Mujer y Maternidad	Servicio gratuito y confidencial en materia de posnatal, embarazo adolescente y adopción, entre otras. Contempla orientación sicológica, social y legal a las madres ya todo miembro de la familia.	800 520 100
Fono Justicia	Recibe denuncias y entrega información sobre violencia y maltrato infantil. Colabora en la solución de conflictos.	800 220 040
Superintendencia de Seguridad Social, SUSESO	Información sobre trámites realizados por el trabajador/a sobre licencias médicas, accidentes del trabajo, asignación familiar, subsidio familiar y de cesantía.	620 44 00 www.suseso.cl
Nueva Justicia de Familia	Información sobre los juzgados de familia a lo largo de todo el país y mediación familiar, entre otros temas relacionados.	800 215 700 www.minjusticia.cl/familia/principios_fam.php
Fono Niños	Atención de llamadas de niños y niñas víctimas de maltratos, abuso sexual u otro tipo de situaciones que vulneren sus derechos. Funciona las 24 hrs.	147
Fono Familia	Atiende denuncias sobre violencia intrafamiliar y agresiones.	149
600 MINEDUC	Línea de atención telefónica que entrega información sobre temas relacionados con educación, como consulta por vacantes, derechos en educación, etc.	600 600 2626 http://600.mineduc.cl
Fonodrogas	Servicio de gratuito, anónimo, confidencial y disponible las 24 horas del día para personas afectadas por el consumo problemático de drogas, sus familiares, amigos o cercanos.	188 800 100 800 desde red fija - 800 22 18 18 desde teléfonos móviles
Corporación de Asistencia Judicial de Tarapacá y Antofagasta	Institución relacionada con el Ministerio de Justicia tiene como misión entregar asistencia jurídica a personas de escasos recursos de las comunas comprendidas en las regiones señaladas	www.cajta.cl
Corporación de Asistencia Judicial de la Región de Valparaíso		www.cajval.cl

Corporación de Asistencia Judicial de la Región Metropolitana		www.cajmetro.cl
Corporación de Asistencia Judicial de la Región del Bío Bío		www.cajbiobio.cl
Directorio de modalidades de estimulación de Chile Crece Contigo	Información sobre las modalidades de estimulación disponibles a lo largo de Chile para el apoyo a niños y niñas con rezago en su desarrollo.	http://www.crececontigo.gob.cl/dme/
Centro de información toxicológica de la Universidad Católica de Chile:	Entrega orientación sobre el manejo ante intoxicaciones agudas. Atiende 24 horas	http://www.cituc.cl/ 6353800
Liga de la leche Chile	Organización no gubernamental, sin fines de lucro, no religiosa y no sectaria que promueve y apoya la lactancia materna con un estilo de crianza que valora la maternidad. Realiza reuniones de grupos de madres, que buscan ofrecer apoyo en lactancia, maternidad y crear redes de apoyo.	https://www.llli.org/chile.html
Coanil	Fundación Coanil centra su gestión en las áreas de educación, protección y capacitación de las personas con discapacidad intelectual con el fin de conseguir su inclusión social	www.coanil.cl
Asociación Chilena de Padres y amigos de Los autistas – ASPAUT	Asociación formada por padres y familiares de personas con trastorno del espectroautistas. Los servicios educacionales que ofrece ASPAUT, son educación diferencial en escuelas especiales y programas de apoyo a la integración escolar en la educación regular.	www.aspaut.cl
Instituto de la Sordera	El Instituto de la Sordera busca cumplir con su misión a través del abordaje de tres áreas: 1. La educación para niñas, niños y jóvenes sordos a través de la escuela Dr. Jorge Otte Gabler. 2. El diagnóstico y atención temprana a través de su Centro de Diagnóstico Auditivo. 3. La investigación, elaboración de material, realización de cursos y recopilación de documentos afines a través del Centro de Recursos e Investigación "Mundo Sordo".	www.institutodelasordera.cl

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN JURÍDICA
JBO/AVS/AHP/DSC/[illegible]/PCA/[illegible]/CGC/CBF/ABG/CPT

V°B°

APRUEBA NORMA GENERAL TECNICA N° 166 SOBRE PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA.

EXENTA N° 336 /

SANTIAGO, 22 MAYO 2014

VISTOS: Lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; lo señalado en los artículos 6° y 25° del Decreto Supremo N° 136 de 2004, que aprobó el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, y las disposiciones de la Resolución N° 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1.- Que, mediante memorándum N° B2 114 de fecha 20 de marzo de 2014, de la División de Prevención y control de enfermedades, se solicita la aprobación de la Norma Técnica del Programa Nacional de Salud de la Infancia.

2.- La Norma Técnica citada, forma parte del rediseño del Programa Infantil, conformado por diversos actores de sociedades científicas pediátricas, universidades y referentes de infancia de todos los sectores del país, así como también se ha considerado las observaciones recibidas por intermedio de un proceso de consulta pública participativa.

3.- Que, el texto de la Norma aludida entrega el contenido técnico del rediseño del Programa Nacional de Salud de la Infancia, guía a los equipos de atención primaria en cómo realizar el control de salud, cuáles son las preguntas que debe realizar a la familia, cómo debe realizar el examen físico y evaluación integral, cuales son los logros esperados y los signos de alarma más recurrentes o graves, indicando las acciones a seguir según la oferta existente en el sistema público y cuáles son las indicaciones que tiene que entregar a la familia para promover hábitos saludables y estilos de crianza asertivos.

4.- Que, mediante resolución exenta N° 608 de fecha 12 de septiembre de 2013, del Ministerio de Salud, se aprobó la norma general administrativa N° 25, sobre Programa Nacional de Salud de la Infancia con enfoque integral, la cual establece un marco coherente y consistente para abordar los desafíos actuales relacionados con los principales problemas de salud de los niños y niñas menores de 10 años, con un enfoque en los derechos y determinantes sociales de la salud.

5.- Que, en virtud de lo anteriormente señalado, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1° APRUÉBASE, a contar de la fecha de la presente Resolución, el texto de la "Norma General Técnica N° 0166 del Programa Nacional de Salud de la Infancia del Ministerio de Salud".

2° El programa, que se aprueba como Norma General Técnica en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 353 páginas y un anexo de 77 Páginas que contiene la " Norma General Técnica del Programa Nacional de Salud de la Infancia del Ministerio de Salud". El documento original se mantendrá en poder del Jefe de la División de Prevención y Control de enfermedades, entidad que por intermedio de sus equipos técnicos deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto original aprobado.

3° REMÍTASE un ejemplar de la Norma General Técnica del Programa Nacional de Salud de la Infancia del Ministerio de Salud, al Departamento Ciclo Vital de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaria de Salud Pública y a la Subsecretaría de de Redes Asistenciales e instrúyase a todos los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud y a los Directores de los Servicios de Salud de todo el país, a tomar conocimiento del mismo a través de la pagina web ministerial indicada en el numeral anterior y a distribuirlo entre los municipios y establecimientos o entidades de salud municipal de sus respectivas redes locales.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

REPUBLICA DE CHILE MINISTERIO DE SALUD MINISTRA

DRA. HELIA MOLINA MILMAN.
MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:
- Gabinete de la Sra. Ministra de Salud. (Resolución).
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública. (Resolución).
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales. (Resolución).
- Secretarios Regionales Ministeriales de Salud del País. (Resolución).
- Servicios de Salud del País. (Resolución).
- División Jurídica (Resolución con copia de Programa).
- División de Atención Primaria de Salud (Resolución con copia de Programa).
- Departamento Ciclo Vital. (Resolución con copia de Programa).
- Oficina de Partes.



Ministerio de Salud

Gobierno de Chile